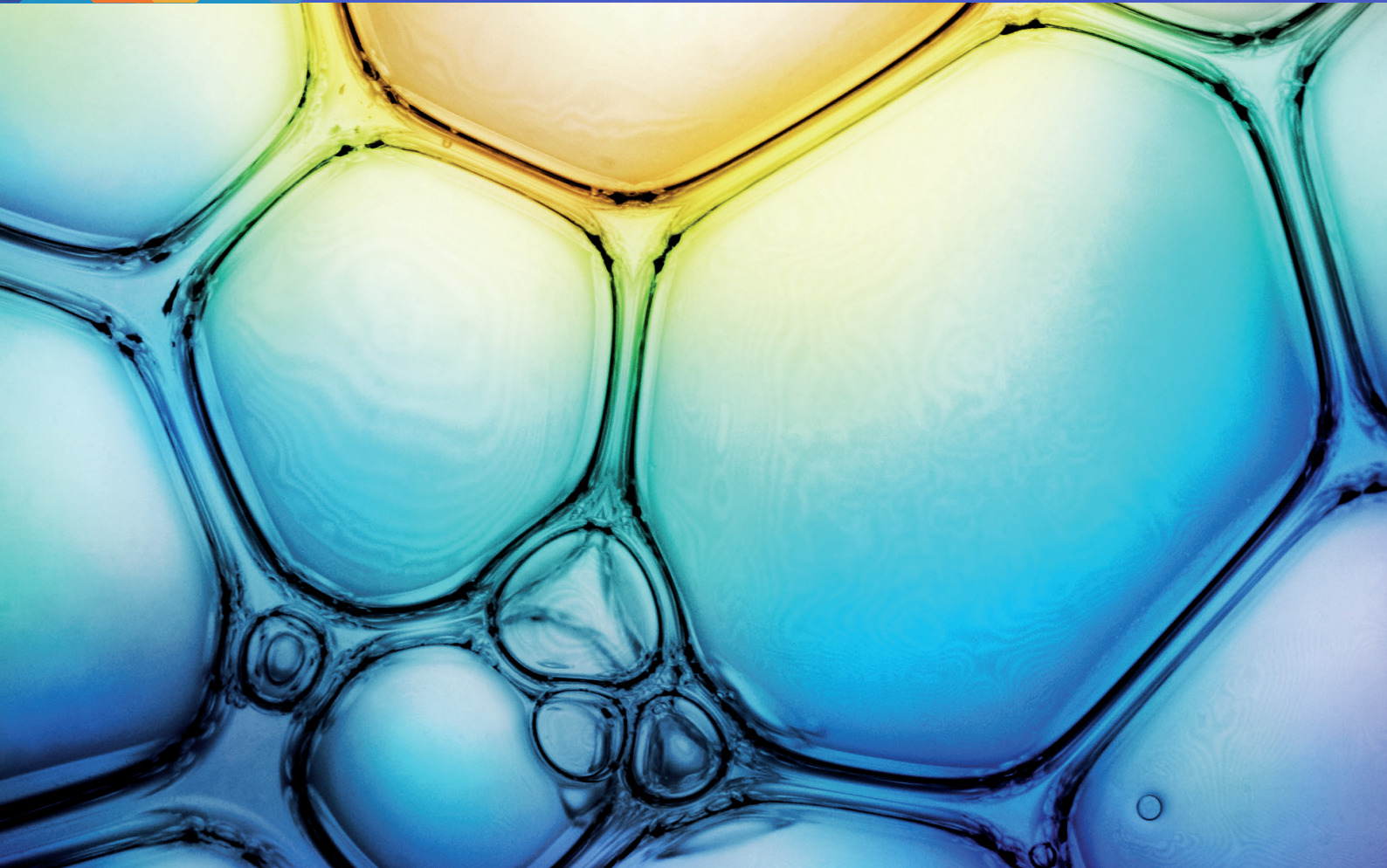


Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010
ISSN: 2013-9063

Universitat
de Girona



Índex

Índice

Summary

Article Artículo Paper	1	Aguilera-Martínez, P. (2022) Programa de prevención indicada “Ba·da·lho·ca”: una propuesta de intervención en sororidad ocupacional dirigido a las mujeres que hacen uso de los servicios REDAN de la Red de Asistencia a las Drogodependencias en Barcelona (Catalunya) 7
Article Artículo Paper	2	Marco, A. (2022) Apuntes sobre Educación Social y Ética Aplicada en la práctica profesionala 29
Article Artículo Paper	3	Alfranca, R., Fernández-Hortal, Ma À., Fernàndez-Escofet, E., Clot, M., Fàbregas, C., Pericàs-Hernández, M. (2022) Atenció a persones en situació de sensellarisme amb patologia crònica: coordinació de serveis socials i sanitaris 45
Article Artículo Paper	4	Rives, C., García, M. (2022) Programa Carretera: recorregut històric i reptes pel futur 61
Article Artículo Paper	5	Bou, T., Llinàs, È., Puig, M. (2022) DIXIT, una experiència de gestió del coneixement en l'àmbit dels serveis socials ... 75



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010
ISSN: 2013-9063

Universitat
de Girona

Calvo, F. (2022)
"Editorial"

Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades
Vol. 11. Núm. 1: 3-6

Editorial

Fran Calvo

Ara fa poc més d'onze anys, es va a donar a conèixer el primer número de la revista *Pedagogia i Treball Social*. Tot i això, la revista va ésser gestada molt abans. Un grup de professors i professores, en el marc de la Universitat de Girona, van començar a dissenyar una proposta generadora de coneixement científic obert, en àrees d'exigua divulgació científica, especialment en llengua catalana. Darrera del primer número i de tots els números, s'oculta una poca visible i reconeguda tasca d'organització i gestió en el difícil marc que és la publicació científica en el nostre país.

Des de llavors i fins ara, un total de vint-i-tres números i poc menys de cent articles científics, experiències pràctiques de desenvolupament de diferents disciplines professionals relacionades amb les ciències socials aplicades, han estat publicades de forma regular. És per això que és necessari agrair la seva tasca a les persones que han liderat la revista fins ara, especialment al Dr. Jordi Feu i el Dr. Òscar Prieto. Gràcies també a la resta dels editors i editores, a cada un dels coordinadors i coordinadores dels diferents monogràfics publicats, a les col·laboracions en forma de revisió cega de més de dues-centes persones, als autors i autores, a la web màster i les professionals que han maquetat cada número. Gràcies a totes i tots per la vostra tasca fins ara i a la que continuareu fent a continuació.

Més de deu anys de cursa és una feina considerable. Es tracta al cap i a la fi d'una cursa d'obstacles en molts de sentits. Es desenvolupa en un context en el que existeixen poques probabilitats de supervivència de les revistes científiques i on en ocasions la oxigenació que aporta la motivació de seguir, requereix d'un major esforç. Sovint la duresa de la tasca és inversament proporcional al reconeixement rebut. S'afegeix que el finançament de les revistes científiques és pràcticament inexistent i adreçat a cobrir mínims per a sobreviure amb penalitats. És per tant necessari el relleu per a que la fita de fons, que és la divulgació científica, pugui tenir cabuda.

L'equip anterior passa el testimoni a un nou equip i un servidor assumeix la responsabilitat i el privilegi de liderar aquesta nova etapa. Aquest equip accepta el repte de persistir amb esforç per a tractar d'arribar més lluny, en el temps i també en l'espai. Un dels objectius que ens marquem en aquest relleu és el de traspasar més fronteres i dissenyar una proposta de revista més internacional.

Amb aquesta editorial s'inicia una nova etapa que es presenta amb aquest nou número. Desitgem que sigui el primer de molts més. Seguim doncs la cursa de fons i relleus de la Revista Pedagogia i Treball Social. Intentarem donar totes les nostres energies possibles per tal d'arribar a la meta: arribar als lectors i lectores cada juny i desembre de forma regular, continuant amb la difusió de contingut científic de qualitat, esperem que per molts anys més. Si aconseguim aquesta fita l'aconseguirem plegats i plegades, doncs ha estat la cursa de tots i totes, els que van començar, els que seguim i els que seguiran.

Gràcies per la vostra feina i endavant amb la que ens queda per fer.

Fran Calvo,

22 de juny de 2022



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Edita: Universitat de Girona

Disseny i maquetació: info@clam.cat · 647 42 77 32

Dipòsit Legal: GI.904-2010

ISSN: 2013-9063



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010
ISSN: 2013-9063

Universitat
de Girona

Aguilera-Martínez, P. (2022)

"Programa de prevención indicada "Ba-da-lho-ca": una propuesta de intervención en sororidad ocupacional dirigido a las mujeres que hacen uso de los servicios REDAN de la Red de Asistencia a las Drogodependencias en Barcelona (Catalunya)"

Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades
Vol. 11. Núm. 1: 7-28

Correspondència

Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT-UAB)
Adreça: De la Riba, 90, 08221, Terrassa (Barcelona)
Correu electrònic: penelopeaguileramartinez@gmail.com
Telèfon: 93 783 77 77

Programa de prevención indicada “Ba·da·lho·ca”: una propuesta de intervención en sororidad ocupacional dirigido a las mujeres que hacen uso de los servicios REDAN de la Red de Asistencia a las Drogodependencias en Barcelona (Catalunya).

Penélope
Aguilera-Martínez¹

Resumen

El presente estudio forma parte de la evaluación de necesidades del programa de prevención indicada “Ba·da·lho·ca”, dirigido a mujeres que hacen uso de los servicios de reducción de daños (REDAN) en Barcelona. El objetivo fue determinar las prioridades asistenciales en la población de mujeres bajo la perspectiva de género. La metodología utilizada fue de tipo cualitativo, no experimental, transversal y descriptivo. Los participantes eran profesionales de servicios REDAN y mujeres usuarias (cisgénero y transgénero) de los mismos. Los instrumentos que se implementaron

¹Graduada en Terapia Ocupacional (*EUIT Universitat Autònoma de Barcelona*) y Doctoranda (*FETS Pere Tarrés, Universitat Ramon Llull*).

para la recogida de datos, que tuvo lugar en febrero-abril de 2018, fueron el diario de campo, la entrevista semi-estructurada y el grupo focal. Los resultados sugieren que: a) el Modelo REDAN carece de enfoque de perspectiva de género y estrategias de prevención indicada, b) la falta de espacios diferenciados para mujeres en los servicios asistenciales, debido a su diseño androcéntrico, impacta en su adherencia, c) los profesionales poseen bagaje en el ámbito y conocimiento sobre la perspectiva de género, pero su aplicación se reduce a situaciones de crisis y d) el grupo de mujeres pone de manifiesto las carencias de la red asistencial para cubrir sus necesidades de participación en salud, en la comunidad y en las ocupaciones de su proyecto vital.

A pesar de sus limitaciones el presente estudio contribuye a la comprensión de la baja representación y adherencia de las mujeres a los servicios REDAN y proporcionan una base para el diseño de programas de prevención indicada que incluyan la perspectiva feminista, la formación de los profesionales y la dignificación de las mujeres como individuos de derecho pleno a través de modelos comunitarios. Se sugiere llevar a cabo la implementación del Programa "Ba·da·lho·ca" para determinar la efectividad de las estrategias preventivas en clave de sororidad.

Palabras clave: Reducción de daños, prevención indicada, perspectiva de género, metodología cualitativa, Terapia Ocupacional y sororidad.

Abstract

This study is part of the needs assessment of the prevention program Ba-da-lho-ca, aimed at women using harm reduction (HR) services in Barcelona. The objective was to determine the care priorities in the female population from a gender perspective. The methodology used was qualitative, non-experimental, cross-sectional, and descriptive. The participants were professionals from HR services and women users (cisgender and transgender) of these services. The instruments implemented for data collection, which took place in February-April 2018, were the field diary, the semi-structured interview, and the focus group. The results suggest that: a) HR Model lacks a gender perspective approach and indicated prevention strategies, b) the lack of differentiated spaces for women in the care services, due to their androcentric design, impacts their adherence, c) professionals

have a background in the field and knowledge about the gender perspective, but its application is reduced to crises and d) the group of women highlights the shortcomings of the care network to meet their needs for participation in health, in the community and their occupations in their life project.

Despite its limitations, the present study contributes to the understanding of the low representation and adherence of women to HR services and provides a basis to design prevention programs that include the feminist perspective, the training of professionals, and the dignification of women as individuals with full rights through community models. It is suggested that the Ba-da-lho-ca Program be implemented to determine the effectiveness of preventive strategies in the key of the sorority.

Keywords: Harm reduction, indicated prevention, gender perspective, qualitative methodology, Occupational Therapy and sorority.

1. Introducción

El fenómeno de las drogodependencias a lo largo de los años, tal como señala Contreras (2016), ha sido abarcado por las Ciencias Sociales centrandose su estudio desde una perspectiva androcéntrica, la cuál invisibiliza el género como categoría de análisis e impide observar las características que presentan las mujeres en este contexto. Por ello, la bibliografía sobre el papel de las mujeres en la historia de las drogas es muy limitada, existiendo referencias puntuales (Roig, 2013) como la aplicación de la perspectiva de género que propone Romo (2006) desde una perspectiva metodológica, que permite comprender la diferencia, desde un modo de conocimiento de la realidad social de las mujeres; y las aportaciones previas de Meneses (2001) que cuestionan los modelos epidemiológicos basados en las diferencias de sexo y atienden a la situación de las mujeres desde los propios contextos en los que usan y abusan de determinadas sustancias.

El consumo de drogas en el colectivo de mujeres desde el siglo XIX a nuestros días tal como expone Roig (2013), ha tenido carácter terapéutico y legal en su inicio (sustancias de prescripción médica como la morfina y actualmente los psicofármacos), considerado normalizado y no problemático, el cual se establecía en el perfil de mujer ama de casa. Los cambios sociales, en los años sesenta y setenta con los movimientos de feminismo y legalizadores de sustancias (Roig, 2013), marcan un cambio en el uso de drogas para el colectivo de mujeres, de modo que "el consumo se convierte en un elemento de identidad que crea cohesión en el grupo y que aporta nuevas experiencias que se comparten colectivamente" (Romaní, 1999 citado en Roig, 2013, p.107). Sin embargo, a nivel sociocultural, las mujeres son tachadas de viciosas y desviadas como remarcan varios estudios de género (Contreras, 2016 y Roig, 2013) asociándose el consumo de sustancias en sociedad a comportamientos anormales para el género femenino.

La carencia de la categoría de género, como indican varias autoras (Amorós, 1998; Cantos, 2016; Cirillo, 2005; Roig, 2013 y Ruíz, 2000), en los campos de la investigación y la intervención social ha dado lugar a desigualdades, ya que tanto las mujeres como los hombres responden a condicionantes diferentes, por ello constatan que los aspectos que condicionan al género se deberían contemplar y estudiar separadamente en cualquier análisis, estrategia o acción. En lo que respecta al campo de las drogodependencias para el papel de la mujer, Cantos (2016) explicita que el hecho anterior ha dado lugar a una

visión de la realidad de la mujer infra-representada que como consecuencia ha excluido la representación de la realidad de la mujer en los estudios, por lo que el impacto directo de ello ha sido no incluir la categoría femenina en ninguna de las áreas de diseño, puesta en marcha de servicios, estrategias de prevención y atención del abuso de drogas.

Para la población femenina en Catalunya que hace uso de las salas de consumo higiénico, según Clua (2016), la cifra de mujeres mayores de edad (18 años) se establece en un 20-30% del total de personas usuarias que, según el Informe Anual del Sistema de Información de Drogodependencias de Catalunya (Agencia de Salut Pública de Catalunya, 2021) es de 5.908 personas atendidas para los centros REDAN en Catalunya, principalmente con consumo por vía parenteral de heroína y cocaína, alto riesgo de exclusión social y de las cuáles 1 de cada 10 personas son mujeres.

La práctica de sexualidad y el consumo de drogas en entornos recreativos conllevan riesgos adicionales como es contraer el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), hepatitis y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) según el estudio Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo realizado en España (Calafat et al. 2009), que muestra los cambios que operan en el papel de las mujeres a favor de la igualdad de género y evidencia que estas podrían ser receptoras de más consecuencias negativas debido a que, en contextos recreativos, las mujeres presentan tendencia a desarrollar dificultades para ejercer mayor capacidad de gestión de los riesgos.

En la población femenina que hace uso de drogas en activo el trabajo sexual se presenta como un medio de subsistir, a través del cliente o de intercambio con los hombres del entorno que hacen consumos de drogas, que en muchas ocasiones coexiste como una adicción más junto con el uso de sustancias; por ello desde una visión de género existe un componente educacional (Cantos, 2016). Este componente educacional en la mujer, según Cantos (2016), se expresa desde la conquista del cuerpo, con el cuál se ha adoctrinado a gustar, siendo en el género femenino la seducción una de las soluciones intentadas (Nardone y Watzlawich, 2000) a modo de estrategia aprendida para mantener el consumo de sustancias. En la misma línea, según Salamanca (2018), se entiende que la construcción de género basada en la belleza exterior, está altamente ligada a la autoestima y el concepto de una misma aportándole una sensación de poder a la vez que las oprime.

En este sentido, el enfoque de género, según Villar (2014) emerge como un eje transversal que hace falta tener en cuenta para el diseño de la atención, el tratamiento y la identificación de las necesidades específicas de las mujeres. Esta relevancia de la incorporación del enfoque de género se constata en varios proyectos o programas con enfoque de género en España, de los cuáles la mayoría se ubican en Catalunya (Fundación Salud y Comunidad línea MALVA, línea *Espai Ariadna*, línea Noctámbulas y línea Observatorio sobre abusos sexuales y Centro Catalán de Solidaridad línea Comunidad Terapéutica para mujeres, entre otros).

A pesar de que el género en los últimos años es un área de interés creciente dentro del campo de las drogodependencias, no existe suficiente literatura que recoja las percepciones de las mujeres que usan drogas y que se atienden en los servicios REDAN. Del mismo modo la mayoría de las praxis profesionales en el ámbito científico no se difunden y se encuentra una carencia de diseños de programas de prevención indicada que contemplen la importancia de la ocupación en la participación social para generar salud (Wilcock, 1998), así como evaluaciones que arrojen pautas o protocolos de actuación eficaz hacia el colectivo de mujeres. A todo ello, se le suma la baja prevalencia de la adherencia a programas y tratamientos aunque Cataluña sea un territorio pionero en proyectos y programas con perspectiva de género. El abordaje de las prioridades asistenciales en las mujeres bajo la perspectiva de género, así como remarcan varias autoras (Cantos, 2016; Salamanca, 2018), es uno de los mayores desafíos ya que las desigualdades impactan en los determinantes de salud de la mujer que es sometida a una jerarquía social de desigualdad estructural de género que cumple la premisa de vulnerabilidad asistencial (Becker y Hu, 2008 citado en Villar, 2014).

El propósito de este artículo es poner en valor, desde una perspectiva feminista de sororidad y resiliencia, los discursos del colectivo de mujeres (cisgénero y transgénero) y de los profesionales que acompañan sus proyectos vitales, para responder en clave de primera persona a las prioridades asistenciales que existen en la población de mujeres que hace uso de los servicios REDAN en Barcelona.

1.1 Perspectiva de género como estrategia preventiva y ocupacional en reducción de daños

El modelo de Reducción de daños se considera un conjunto de estrategias e intervenciones integrales con enfoque de derechos humanos, dirigidas a la disminución de riesgos y

consecuencias adversas del consumo de sustancias psicoactivas para mejorar la calidad de vida de diferentes grupos poblacionales, de acuerdo a su realidad y necesidades (WHO, 2009) .

El objetivo principal, está enfocado a implementar estrategias a personas consumidoras de drogas que respondan a las necesidades y realidades de los grupos poblacionales, con el fin de disminuir el riesgo y las consecuencias adversas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, bajo nuevos enfoques de atención. Como objetivos específicos, postula: consolidar una red nacional intersectorial para la ejecución del modelo de Reducción de Daños que articule sus acciones de acuerdo con las competencias, fortalecer la oferta de servicios con estrategias de reducción de daños que mejoren la calidad de vida de la población destinataria e incrementar el nivel de acceso y participación de la población a los procesos de prevención, tratamiento y reinserción.

Así, la reducción de daños pone énfasis, en la necesidad de formación de los profesionales (De Crespigny 1996; del Río 1998 e Ínsua y Grijalvo, 1999 citados en Ínsua y Grijalvo, 2000) para el manejo de este modelo en el diseño de las intervenciones, más allá de las actitudes, la conducta, la teoría y metodología.

Además, dicha estrategia asume los principios de las intervenciones eficaces de salud pública con las personas que hacen uso de drogas, proponiendo una intervención gradual desde la prevención primaria (prevención y tratamiento por uso de sustancias), a la secundaria (prevención de riesgos asociados a la conducta) y la terciaria (prevención de la enfermedad en las personas ya infectadas) a múltiples niveles (Ínsua y Moncada, 2000 y Room, 1999 citado en Ínsua y Grijalvo, 2000); con la finalidad de promover el cambio en éstos niveles individual, grupal, social y político.

El concepto de prevención ha evolucionado en el tiempo a medida que ha conquistado ámbitos de actuación, sin embargo, se entiende como el conjunto de actuaciones que persiguen:

“1) Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas. 2) limitar el número y tipo de sustancias utilizadas. 3) Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas. 4) Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o

dependencia de las mismas. 5) Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas. 6) Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas. 7) Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables" (Becoña, 2002, p.66-67).

Así mismo, se entienden los factores de riesgo y protección como:

"características individuales o condición contextual del individuo de modo que, el factor de riesgo se considera aquella característica individual o de condición contextual que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o un mayor nivel de implicación en su consumo, poniendo en riesgo el desarrollo psicosocial; y como factor de protección se entiende aquella característica individual o condición contextual que inhibe o reduce la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o un mayor nivel de implicación en su consumo" (Clayton, 1992, p.16).

Según Becoña (2002), la combinación e interacción de los factores de riesgo y protección determina el resultado de riesgo, y la interacción entre el individuo y su ambiente determina la vulnerabilidad a la conducta desajustada. La literatura evidencia la correlación entre el uso problemático de drogas y los comportamientos problemáticos, siendo los problemas de conducta elementos influyentes y precedentes al consumo de drogas temprano (Coggans, 2008) y cursando con especificidades en el género, en concreto la mujer (Sánchez, 2012).

La detección diferencial de los factores de riesgo y protección, como afirma Sanchez (2012), es clave para la consideración de la igualdad de género en las praxis profesionales y para paliar las desigualdades estructurales (Cantos, 2016) ante las intervenciones con el colectivo de mujeres que usan drogas, el cual está evidenciado con una tendencia a desarrollar dificultades para ejercer mayor capacidad de gestión de los riesgos (Calafat et al. 2009).

La condición de mujer, según Becker y Hu (2008 citados en Villar, 2014), supone mayor vulnerabilidad que los hombres en lo que refiere a motivaciones para el consumo y las consecuencias que derivan del consumo de drogas: mayor riesgo de dependencia, mayor susceptibilidad a las recaídas, al inicio temprano, a la victimización y el embarazo no deseado. Cumpliendo para el género mujer, la premisa en el fenómeno de drogodependencias, las acciones destinadas a su prevención deberían abarcar las diferencias de género establecidas en el proceso

(Becker y Hu, 2008 citado en Villar, 2014), con la finalidad de generar intervenciones ajustadas a las necesidades reales del colectivo de mujeres que hace uso de drogas (Martínez, 2009).

Desde la prevención indicada, son varios los modelos que se proponen para la praxis (Becoña, 2002) pero carecen de perspectiva de género y comunitaria, ya que centran la prevención en el individuo y la sustancia, dejando de lado al grupo y al entorno. Por este motivo, se requiere de modelos de otras disciplinas que refuercen la transversalidad de la intervención en estas áreas de la persona (autogestión de la salud y participación de derecho) como son los Modelos de la Teoría Feminista (Amorós, 1998) y el Modelo Modelo Canadiense del Desempeño y la Participación Ocupacional (Townsend y Polatajko, 2007).

La teoría feminista se configura como un marco de interpretación de la realidad que visibiliza el género como una estructura de poder. *“En este sentido, puede decirse que la teoría feminista constituye un paradigma, un marco interpretativo que determina la visibilidad y la constitución como hechos relevantes de fenómenos que no son pertinentes ni significativos desde otras orientaciones de la atención”* (Amorós, 1998, p.22).

Desde la Sociología Crítica, como teoría de cambio social desde la acción política colectiva, donde conceptualizar el politizar (Amorós, 1998), ya que al conceptualizar la realidad se pone al descubierto los elementos de subordinación y desventaja social que privan de recursos y derechos la vida de las mujeres; estructuras y mecanismos ideológicos (género, patriarcado, androcentrismo, etc.) que reproducen la discriminación o exclusión de las mujeres de los diferentes ámbitos de la sociedad.

De modo que el concepto de género (Pateman, 1995), se establece para explicar la dimensión social y política que se ha construido sobre el sexo, por lo que ser mujer lleva implícito además de tener un sexo femenino, en primer lugar, una serie de prescripciones normativas y de asignación de espacios sociales asimétricamente distribuidos (esposa y madre con carácter no remunerado de reproducción biológica y material), y en segundo lugar describe una realidad cultural y política que conlleva subordinación.

La mayor aportación del feminismo, en la actualidad es la perspectiva de género en derecho (Ruíz, 2000), que propone reconstruir el sistema jurídico y dar contenido a

nuevos derechos conforme a las experiencias, necesidades, intereses y perspectivas de las mujeres; para resolver cómo las diferencias sexuales desvienen en desigualdad. Desde esta perspectiva, el lugar de la mujer en la vida social humana se considera que es producto, no de las cosas que hace sino, del significado que adquieren sus actividades a través de sus interrelaciones en la organización social (Zimbalist, 1980 citada en Scott, 2008). Y en la cotidianidad de la mujer, la reproducción de conductas como mecanismo sutil de reproducción de desigualdades (Ruíz, 2000), se destaca que son elaboradas a través de conductas referenciadas según el sexo-género con la adscripción y adquisición de roles, espacios y atributos de personalidad diferenciados en sociedad.

Estas conductas se contemplan como mandatos de género, que se posicionan como procesos que marcan la socialización y los estilos de vida de las personas (Cantos, 2016) expresándose mediante las emociones (ideas, creencias, estereotipos), los pensamientos (sentimientos, prejuicios, deseos y las acciones) y generando desigualdades. En el ámbito de las drogodependencias, el fenómeno en las mujeres se da bajo clandestinidad o con la familia consumidora creada (Salamanca, 2018), apreciándose en los consumos cantidades menores que los hombres para poder desempeñar su rol responsable de mujer; invisibilizando de este modo el consumo con mención a parte para las drogas prescritas, normalizado socialmente a lo largo de la historia (Roig, 2013) y provocando una privación del uso de los servicios de salud en sociedad (Ruíz, 2000).

Para el abordaje de los mandatos de género desde la Terapia Ocupacional, el Modelo Canadiense del Desempeño y la Participación Ocupacional (Townsend y Polatajko, 2007) (MCOP) se centra en una perspectiva ocupacional de la mujer, que se da en un contexto como resultado de la interacción dinámica entre la persona, la ocupación y el medio. Definiendo ocupación como los grupos de actividades y tareas de la vida diaria, nominadas, organizadas y a las que se atribuye un valor y un significado por los individuos y la cultura. Donde el desempeño ocupacional (Townsend y Polatajko, 2007) es entendido como el resultado de la relación dinámica y entrelazada entre las personas, el medio y la ocupación en el transcurso de la vida; la habilidad de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas que son culturalmente definidas y apropiadas para la edad, para el cuidado personal (auto-cuidado), el disfrute de la vida (ocio), y contribuir al tejido social y económico de sus comunidades (productividad).

En la misma línea, Rojo et al. (2011) proponen para la praxis en adicciones una evaluación del desempeño ocupacional en personas drogodependientes partiendo de la base de considerar la adicción como una alteración compleja del funcionamiento cerebral, que implica de forma prioritaria al córtex frontal como estructura encargada de la organización de la conducta intencional. De modo que, la existencia de déficits en el funcionamiento frontal se acompaña de importante deterioro en el funcionamiento cotidiano, que llega a traducirse en dificultades muy considerables del desempeño de la actividad en la vida diaria. Para ello, Rojo (2008) define que el rol del Terapeuta Ocupacional en el ámbito de las adicciones será incidir en los hábitos perjudiciales para la salud, generando un mayor control de salud a través de la regulación de conductas disruptivas hacia otras más saludables mediante la promoción de la salud comunitaria, desde una posición educativa de informante y promotor de herramientas preventivas; individualizando la intervención a las necesidades de cada persona según la fase de consumo en la que se encuentre. Coincidiendo con el objetivo del Programa RdR que se define para Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2012).

2. Método

La aproximación al conocimiento de las prioridades asistenciales en la población de mujeres bajo la perspectiva de género implica la mirada transversal feminista, desde la observación de su entorno y la participación en las ocupaciones cotidianas que desarrollan en los servicios a los que asisten, para poder dar voz a las problemáticas y a través del discurso en primera persona, dignificarlas como individuos de derecho pleno.

Para ello, el diseño de la metodología utilizado ha sido de tipo cualitativo, no experimental, transversal y descriptiva (Hernández-Sampieri et al., 2014). Se aboga por la representación del género, lo cuál ha sido una variable infra-representada a lo largo de los años en investigación (Cantos, 2016). Y, del mismo modo, poniendo en el centro los discursos de las mujeres y los profesionales implicados, tal como apuntan diversos estudios en poblaciones excluidas (Newell y South, 2009) con la finalidad de generar perspectivas investigativas sobre las prácticas de intervención sociosanitaria en servicios de la red de asistencia a las drogodependencias de Barcelona.

Los aspectos éticos de la presente investigación siguen las recomendaciones del código ético de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2010) y están conformados por los 3 principios: de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia; contemplados en el Informe Belmont (Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento, 1979). Por ello y, con la finalidad de garantizar la protección de las personas que han participado se firmó el consentimiento informado donde se explicitaban los objetivos de dicha investigación, las técnicas de recogida de datos y el tratamiento de estos según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter Personal.

La muestra ha sido conformada por profesionales en activo de servicios REDAN (categoría de coordinación y de Educador/a Social) y mujeres (cisgénero y transgénero) que hacen uso de servicios REDAN de Barcelona.

La recogida de datos tuvo lugar entre los meses de febrero y abril de 2018, para ello se ha utilizado el diario de campo (DC), la entrevista semi-estructurada (ESE) y el grupo focal (FG). La investigación se ha llevado a cabo en dos entornos y con 7 personas participantes: a) se realizó observación participante en un Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS) con sala de venopunción asistida, en un recurso emergente de mujeres y en el entorno comunitario de la zona del distrito de Sants Montjuic (Jardines de Montjuic) y Ciutat Vella (Barrio del Raval) en Barcelona, b) se realizó una entrevista semi-estructurada a 2 profesionales de distinta categoría profesional y c) se desarrolló un focus group con 7 mujeres (6 cisgénero y 1 transgénero) que asistían a los servicios REDAN y eran usuarias de varios de ellos.

Los criterios de inclusión de la muestra para los profesionales fueron: situación laboral activa en servicio REDAN de Barcelona, categoría profesional de coordinación o Educador/a Social, bagaje de más de cinco años de experiencia y afinidad al colectivo LGTBI. Y los criterios de exclusión: situación laboral interrumpida en el servicio REDAN, categoría sin desarrollo de funciones educativas, ocupacionales o de gestión de proyectos, menos de cinco años de experiencia y no afinidad al colectivo LGTBI. Los criterios de inclusión para el grupo de mujeres fueron: ser usuaria de más de un servicio REDAN, identificarse como mujer cisgénero o transgénero, estar en situación de consumo activo y de calle y asistencia durante más de un año a los recursos REDAN. Los crite-

rios de exclusión para el grupo de mujeres fueron: no identificarse como mujer cisgénero o transgénero, asistencia menor a un año en los recursos REDAN y presentar algún síntoma de psicosis/neurosis aguda en el momento de la realización del *focus group*.

El análisis de los resultados se ha realizado con la técnica de codificación y categorización de vaciado de observación participante (Amezcuca, 2000), para su posterior análisis.

3. Resultados y discusión

El propósito de la investigación se centró en determinar las prioridades asistenciales en la población de mujeres que asisten a los servicios REDAN (Barcelona) bajo perspectiva de género. Del análisis de los datos recogidos, surgieron cuatro categorías generales en las que la perspectiva de género se evidencia transversalmente: a) el Modelo REDAN, b) los centros y servicios asistenciales REDAN, c) los profesionales y d) las mujeres que usan drogas y servicios REDAN.

Este estudio confirma que, el Modelo REDAN (WHO, 2009), a pesar de estar definido en su objetivo y estrategias de promoción de la salud, resulta poco fundamentado (Meneses, 2001 y Romo 2006) en su aplicación comunitaria carente de enfoque de género y de estrategias de prevención indicada. Y debería incluir profesiones como la Terapia Ocupacional que potencien la salud desde una perspectiva de ocupación y participación (Clua, 2016). A través de la ESE y FG se evidencia lo siguiente:

“Reducción de daños tiene un pro y un contra, es un ámbito demasiado joven, le falta mucho marco teórico, contextualizar factores de consumo. Trayectoria con grandes fallos y cosas que funcionan, se construye en la realidad del día, aunque se ha de revisar hasta que no llega la carencia no se actúa como con la perspectiva de género, ya que, si no la integramos, estamos poniendo más en riesgo a las mujeres”. (P2)

“Reducción de daños es una lucha política, un espacio donde denunciar las injusticias. Son problemas muy complejos que o los construimos juntas como una o no funciona, ya que no es demanda, dejar de hablar de necesidades y priorizar atender a las inquietudes, intereses, deseos de las mujeres en una ciudad que tiene tanto que ofrecer. (P1).

"La figura del Terapeuta Ocupacional en reducción de daños es un paradigma que aporta mucha más visión comunitaria de cómo mejorar la salud formando parte de estar ligado al entorno real y participar de ella. Los indicadores y resultados que se esperan de sus modelos nada tienen que ver con lo social". (P1)

"... me cansa que según el día, quién esté y donde vayas, haya unas normas u otras para entrar, joder todo es lo mismo el puto Raval... ¿no se supone que nos atienden porque estamos enfermas? No facilitan tantas normas". (FG1)

En referencia a la categoría de servicios, se evidencia la falta de espacios diferenciados para las mujeres (Amorós, 1998; Cantos, 2016; Cirillo, 2005; Roig 2013 y Ruíz, 2000) en los servicios asistenciales, que impacta en su adherencia. A través de la ESE y FG se evidencia lo siguiente:

"Cuando empezamos a ver a las mujeres que van a estos centros de reducción de daños, son muy poquitas las que llegan y se adhieren, suelen hacer un uso muy puntual de los servicios, cojo lo que tengo que coger y me voy (...), pero no están, no son espacios donde ellas se sientan seguras y donde realmente se les dé cabida a lo que ellas necesitan de manera más integral y no solamente en relación a partes sesgadas de ellas mismas. No hay servicios que las mire como personas, sino que se las mira en su vertiente de consumidoras (...), y además sin tener perspectiva de género, lo cual de alguna manera hace que se las mire desde unos patrones y medida completamente masculinizados y androcéntricos. (P1)

"... es que no puedes consumir tranquila, en silencio, con un espacio bonito donde disfrutar del flash del pico y no te molesten los tíos con sus rollos." (FG3)

"... mira aquí pasamos muchas, pero este espacio se respeta y nos ayudamos". (FG7)

Contrastando los resultados, para la categoría de profesionales a pesar de que tienen bagaje y conocimiento sobre la perspectiva de género (Cantos, 2016; Martínez, 2009; Rojo, 2008 y Villar, 2014), su aplicación se reduce a las situaciones de crisis. A través de la ESE y FG se evidencia lo siguiente:

“No hay perspectiva de género técnicamente aquí (...) pequeñas cosas desde hace nada en crisis(...) por parte de algunos profesionales. El equipo reproduce mucho estigma, no tiene mucha sensibilidad en general, se debería mejorar el trabajo entre REDAN hacia las mujeres” (P2).

“... estoy harta de tener que contar mi vida cada vez que necesito algo...”. (FG1)

... “los hombres la lían mucho más y no los sancionan, y un día tú te defiendes y se sorprenden todos, preguntándote que qué te pasa que tú no eres así. Y cómo coño saben que soy yo, si no me dedican el tiempo”. (FG4).

Los resultados para el grupo de mujeres han puesto en valor las carencias de la red asistencial para cubrir sus necesidades de participación en salud, en la comunidad y en sus ocupaciones de su proyecto vital, como apuntaban diversos autores (Amorós, 1998; Cantos, 2016; Cirillo, 2005; Contreras, 2016; Roig, 2013; Scott, 20008; Ruíz, 2000). A través del FG se evidencia lo siguiente:

“...atendemos anualmente casi 500 personas, sólo el 20% son mujeres. Es decir, es una minoría, cosa que es un problema y dice mucho de cómo funciona el servicio y de cómo funcionamos. Porque no les estamos ofreciendo más que necesidades básicas”. (P2)

“trabajamos con mujeres que usan drogas, mujeres que se quedan fuera de todas las redes de atención, tanto de atención de mujeres sobrevivientes a violencia, como de centros de reducción de daños”. (P1)

“Aquí, sí que me siento bien. Te han de aceptar como eres, han de dejar que nos mostremos tal y como somos, es la única manera de llegar a nosotras, si nos exigen normas... matan nuestra esencia. Y es un engaño, porque por mucho que una quiera cambiar las malas hierbas siempre vuelven a aflorar”. (FG5)

“la mayoría preguntan por morbo y yo que soy travela me divierto viendo a veces las caras que ponen tus compañeros cuando explico historias”. (FG2)

4. Conclusiones y propuesta de mejora

A pesar de la naturaleza exploratoria del estudio, resultó difícil acceder a los servicios y realizar una investigación más profunda y extensa, debido a que el ámbito de REDAN es un nivel de intervención regido por la inmediatez y la atención en crisis de múltiples situaciones extremas de las personas que usan drogas. Esta dificultad de acceso a la muestra de profesionales y mujeres restringe la posibilidad de generalización de los resultados, que está sujeta a ciertas limitaciones. Estas deberían resolverse ampliando la mirada y las variables de género, profundizando en la detección de factores de riesgo y protección, así como en la recogida de las praxis profesionales y en las historias de vida de las mujeres REDAN. Además de extrapolar la muestra tanto a profesionales y mujeres del colectivo LGTBI, para obtener una mirada transversal desde las dos áreas que orienten a los servicios hacia praxis integrales y feministas que garanticen la justicia ocupacional y la igualdad de condiciones.

Sin embargo, los hallazgos ofrecen una visión sobre las prioridades de actuación de mujeres que acuden a los servicios REDAN evidenciando las carencias desde el sistema de salud.

La contribución del presente estudio ha sido confirmar un paralelismo entre los discursos narrativos de profesionales y mujeres (cisgénero y transgénero), que se complementan entre sí, evidenciando la falta de perspectiva de género transversal en el ámbito REDAN. Dicha perspectiva de género es carente en el propio modelo, los centros y profesionales, ello genera un sistema de desigualdades de derecho para que las mujeres participen de su salud, comunidad y ocupaciones bajo el marco preventivo.

Se requieren futuras investigaciones para examinar más de cerca los vínculos entre la asistencia REDAN y la perspectiva de género aplicada en pro del feminismo hacia las mujeres. Es por ello, que se deben diseñar programas de prevención indicada con intervenciones que contemplen la sororidad profesional hacia el grupo de mujeres, del mismo modo realizar su implementación para probar la efectividad de los mismos como el Programa "Ba·da·lho·ca" (Aguilera-Martínez, 2019) cuyo impacto reside en la justicia ocupacional de un colectivo desconocido para muchos pero con el derecho de expresarse y vivirse.

Declaración de conflictos: La autora declara que no existe ningún conflicto de intereses real, potencial o potencialmente percibido que pueda resultar en un sesgo en la publicación de esta investigación.

5. Referencias

Agencia de Salud Pública de Catalunya, Subdirección General de Drogodependencias de la Generalitat de Catalunya. (2021). *Informe Anual 2020 del Sistema de Información sobre Drogodependencias en Catalunya*. Generalitat de Catalunya. <https://drogues.gencat.cat/ca/detalls/Noticia/Informe-anual-del-Sistema-dInformacio-de-Drogodependencies-de-Catalunya-SIDC->

Agencia de Salud Pública de Catalunya. (2012). *Drogas ¿Por qué tenemos que reducir los daños y los riesgos asociados a su consumo?* Barcelona: Generalitat de Catalunya. <http://www.trivihal-positivo.es/COLECTIVOS/drogas/Reducción%20de%20daños%20GENERALITAT.pdf>

Aguilera-Martínez, P. (2019). *The Ba·da·lho·ca Program: Indicated prevention program of occupational sorority for women who use drugs and Harm Reduction services in the city of Barcelona (Spain) that aims to cover the health and social needs derived from gender*. Harm reduction International Conference.

AOTA. (2010) Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683.

Amezcuá, M. (2000). El trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*, 30, 30- 35.

Amorós, C. (1998). “El punto de vista feminista como crítica”, en C. Bernabé (Dir.), *Cambio de paradigma, género y eclesiología*. Verbo Divino.

- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior: Plan Nacional Sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A. y Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*, 21(2), 227-233.
- Cantos, R. (2016). *Hombres, mujeres y drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consum problemático de drogas*. Fundación Atenea. <https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Cirillo, L. (2005). Virtualidades pedagógicas del feminismo para la izquierda. *Revista Internacional de Filosofía Política*, 25, 35-59.
- Clayton, R.R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. En M. T. Laespada, I. Iraurgi y E. Aróstegi (Eds). (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Clua, R. (2016). *¡Apúntame a la sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona* (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. <http://www.tesisenred.net/handle/10803/392671>
- Coggans, N. (2008). *Risk factors for cannabis use, in: A cannabis reader: global issues and local experiences*. Monograph series 8, Volume 1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. (1979). *El Informe Belmont: principios y guías para la protección de los sujetos humanos de investigaciones*. Universidad de Barcelona. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

- Contreras, P. (2016). Maternidad tras las rejas: una aproximación a la realidad de las mujeres de las cárceles de Catalunya (España). *Revista Umbral*, 11, 39-58.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (M. I. Rocha Martínez, Ed.) (6th ed.). McGraw Hill/ Interamericana editores.
- Ínsua, P. y Grijalvo, J. (2000). Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas. *Papeles del Psicólogo*, (77), 33- 45.
- Martínez, P. (2009). *Extrañándonos de lo 'normal': Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Horas y horas.
- Meneses, C. (2001). *Mujer y heroína. Un estudio antropológico de la heroïnomanía femenina*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada.
- Nardone, G. y Watzlawich, P. (2000). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Paidós..
- Newell, C. J. y South, J. (2009). Participating in community research: exploring the experiences of lay researchers in Bradford Community. *Work & Family*, 12(1), 75-89.
- Pateman, C. (1995). *El contrato sexual*. Anthropos.
- Roig, A. (2013). L'estigmatizació de les dones consumidores d'heroïna. *Revista Crítica Penal y Poder*, (4), 103-131.
- Rojo, G. (2008). Terapia Ocupacional en el Tratamiento de las adicciones. *Revista Trastornos Adictivos*, 2(10), 88-97. [https://10.1016/S1575-0973\(08\)74550-1](https://10.1016/S1575-0973(08)74550-1)
- Rojo, G., Pedrero, E., Ruíz, J., Llaneros, M y Puerta, C. (2011). Evaluación del desempeño ocupacional en la vida cotidiana en adictos. Creación de un instrumento de medida: el ADO. *Adicciones*, 23(11), 27-35. <https://doi.org/10.20882/adicciones.164>

- Romo, N. (2006). *Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres. Monografía Humanidades*. Barcelona Fundación Medicina y Humanidades Médicas, (5), 69-83.
- Ruíz, A. (2000). *La construcción jurídica de la subjetividad no es ajena a las mujeres*. A Birgin, Haydeé (comp.). *El derecho en el género y el género en el derecho*. Biblos.
- Salamanca, A. (2018). *Binomi drogues i violències. De les violències masclistes. L'interseccionalitat en la intervenció: reptes de futur*. Jornada del Ajuntament de Palma.
- Sánchez, L. (2012). *Drogas y perspectiva de género: Documento Marco*. Xunta de Galicia. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/217.pdf>
- Scott, J. (2008). *Género e historia*. Universidad Autónoma de la Ciudad de México. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4310031/mod_resource/content/1/2.3%20SCOTT%2C%20Joan%20-%20Género%20e%20Historia.pdf
- Townsend, E. y Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through occupation*. CAOT.
- Villar, E. (2014). *Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades*. Consorcio COPOLAD. http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Genero_y_drogas_24102014.pdf
- WHO. (2009). *HIV aids Comprehensive Harm Reduction Package*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>
- Wilcock, A. (1998). *An occupational perspective of health*. Slack Incorporated. <https://doi.org/10.1080/01924780903295804>



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Edita: Universitat de Girona

Disseny i maquetació: info@clam.cat · 647 42 77 32

Dipòsit Legal: GI.904-2010

ISSN: 2013-9063



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010
ISSN: 2013-9063

Universitat
de Girona

Marco, A. (2022)

"Apuntes sobre Educación Social y Ética Aplicada en la práctica profesional"

Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades
Vol. 11. Núm. 1: 25-40

Correspondència

Adreça: Nicaragua 49. Escla A. 5,2. 08029, Barcelona
Correu electrònic: annamm12@blanquerna.url.edu
Telèfon: 662 532 342

Apuntes sobre Educación Social y Ética Aplicada en la práctica profesional

Anna Marco¹

Resumen

En el presente artículo el lector podrá conocer el recorrido histórico por el que ha transcurrido la Educación Social hasta su profesionalización. Siendo, la Educación Social, una disciplina de carácter pedagógico y objeto de estudio de la Pedagogía Social. La necesidad de la Educación Social nace en Europa a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, como consecuencia de la emergencia social potenciada por los acontecimientos históricos, sociales y políticos en los que el continente se encontraba. En España, a finales del año 1991 aparecería en el Boletín Oficial del Estado, en su Real Decreto 1420/1991 de 30 agosto, la aprobación del título universitario en *Educación Social*, por aquel entonces una diplomatura de tres años de duración –actualmente, grado universitario de cuatro años de duración–. A partir de ese momento, la Educación Social pasaría a ser una disciplina universitaria dónde el estudiante recibiría una formación humana, educativa, pedagógica, técnica y sociocomunitaria que le otorgaría las competencias necesarias para trabajar en una sociedad cambiante y con personas que, lamentablemente, se encuentran en los márgenes de la

1. Graduada en Educación Social. Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés. Universidad Ramon Llull

sociedad. Para ello, la profesión queda regulada bajo el marco jurídico y, en consecuencia, otorga cierta regulación al empleo de la profesión. No obstante, se sigue sin formalizar un marco ético de buenas *praxis* fuera del código deontológico de la misma. Pues, en el artículo el lector conocerá el código deontológico de la profesión, así como la ética aplicada a esta como filosofía práctica. Además de conocer los conceptos de moral y ética necesarios para el correcto ejercicio de la profesión.

Palabras Clave: pedagogía social, educación social, ética aplicada, profesionalización

Resum

En el present article el lector podrà conèixer el recorregut històric pel qual ha transcorregut l'Educació Social fins a la seva professionalització. Sent, l'Educació Social, una disciplina de caràcter pedagògic i objecte d'estudi de la Pedagogia Social. La necessitat de l'Educació Social neix a Europa a la fi del segle XIX i principis del segle XX a conseqüència de l'emergència social potenciada pels esdeveniments històrics, socials i polítics en els quals el continent es trobava. Al nostre país, a la fi de l'any 1991 apareixeria en el Boletín Oficial del Estado espanyol en el seu Reial decret 1420/1991 de 30 agost l'aprovació del títol universitari en Educació Social, aleshores una diplomatura de tres anys de durada –actualment, grau universitari de quatre anys de durada–. A partir d'aquest moment, l'educació social passaria a ser una disciplina universitària on l'estudiant rebria una formació humana, educativa, pedagògica, tècnica i sociocomunitaria que li atorgaria les competències necessàries per a treballar en una societat canviant i amb persones que, lamentablement, es troben en els marges de la societat. Per a això, la professió queda regulada sota el marc jurídic i, en conseqüència, atorga una certa regulació a l'ús de la professió. No obstant això, se segueix sense formalitzar un marc ètic de bones praxis fora del codi deontològic d'aquest. Perquè, en l'article el lector coneixerà el codi deontològic de la professió, així com l'ètica aplicada a aquesta com a filosofia pràctica. A més de conèixer els conceptes de moral i ètica necessaris per al correcte exercici de la professió.

Paraules Clau: pedagogia social, educació social, ètica aplicada, professionalització

Abstract

In this article, the reader will be able to know the historical journey through which social education has passed until its professionalization. Being, Social Education, a pedagogical discipline and object of study of Social Pedagogy. The need for Social Education was born in Europe at the end of the 19th century and the beginning of the 20th century as a consequence of the social emergency promoted by the historical, social and political events in which the continent was experiencing. In our country, at the end of the year 1991, the approval of the university degree in Social Education would appear in the Official Gazette of the Spanish State in its Royal Decree 1420/1991 of August 30, at that time a three-year diploma -currently, degree four-year college. From that moment on, Social Education would become a university discipline where the student would receive a human, educational, pedagogical, technical and socio-community training that would give him the necessary skills to work in a changing society and with people who, unfortunately, They are on the margins of society. For this, the profession is regulated under the legal framework and, consequently, grants certain regulation to the use of the profession. However, an ethical framework for good practice has not been formalized outside of its code of ethics. Well, in the article the reader will know the deontological code of the profession, as well as the ethics applied to it as a practical philosophy. In addition to knowing the concepts of morals and ethics necessary for the correct exercise of the profession.

Key words: social pedagogy, social education, applied ethics, professionalization

1. Introducción

En el imaginario social, la idea utópica del concepto de *educación* se desarrolla en Alemania en los siglos XVIII y XIX. Autores como Kant y Fichte, estaban convencidos de que la educación era la herramienta más poderosa contra la decrepitud y la ignorancia. Por consiguiente, el kantismo, el idealismo y el hegelianismo son los sistemas filosóficos de mayor influencia en la creación y desarrollo de la Pedagogía Social en Alemania. Esta nace en Alemania como una disciplina esencial para el correcto desarrollo y bienestar de la educación en comunidad. Las circunstancias históricas, sociales y políticas que Europa estaba viviendo condicionan a la alarma social de la necesidad de una disciplina de esas características. Siendo Alemania pionera en el desarrollo de esta, puesto que los autores más representativos se situaban en dicha localidad. Por ello, la Pedagogía Social surge en un momento significativo con carácter idealista, mesiánico y utópico. Encargada de responder a las necesidades sociales e individuales en *pro* de planteamientos necesarios para la mejora y desarrollo del bien común social (Pérez-Serrano, 2010). Por lo tanto, a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX la pedagogía social avanzaría de manera exponencial hacia la creación de una ciencia de construcción histórica y social, que se encargaría de la educación destacando las convergencias con otras ciencias sociales y humanas, desde la Antropología, la Sociología, la Economía, la Psicología (Caride et al., 2015). “Todo ello la abocaría a ser un elemento central de las reformas educativas, como una de las disciplinas” (Caride et al., 2015, p.5) “que mejor representa la modernidad social y política, con todas sus potencialidades y todas sus contradicciones y ambigüedades” (Nóvoa, 2005 citado en Caride et al., 2015, p.5). Por consiguiente, en palabras de Gómez Serra (2003), “entendemos, por tanto, que la pedagogía social es una ciencia de la educación que tiene por objeto de estudio una dimensión específica del universo educativo: la educación social” (p.234). Así pues, la Educación Social es una ciencia social *educativa no formal*. Esta ciencia puede definirse como la teoría de cómo las condiciones psicológicas, ambientales, sociales y familiares del individuo pueden promover o dificultar el desarrollo y el crecimiento, así como la calidad de vida y el bienestar individual y social (Usurriaga, 2011). Asimismo, una de las finalidades de la Educación Social es “impedir la marginación y la exclusión, a través de un proceso de interacción social para apoyar al individuo y a los grupos de riesgo en cuestión, para que puedan desarrollar sus propios recursos en una comunidad cambiante” (Usurriaga, 2011, p.5). Por ello, apuntamos que, los profesionales de la Educación Social serán los responsables de la intervención socioeducativa en el ámbito de intervención

personal, familiar, social y laboral. Acompañando a los usuarios en sus dificultades individuales y sociales para así mejorar su realidad y, en consecuencia, su calidad de vida.

1.1 Educación Social: La profesionalización

El 10 de octubre del año 1991, aparecía publicado en el Boletín Oficial del Estado español, en su Real Decreto 1420/1991 de 30 agosto, la aprobación del título oficial de Diplomado en Educación Social. Así pues, en el anexo *Directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Educación Social*, la norma textual apunta que:

“Las enseñanzas conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Educación Social deberán orientarse a la formación de un educador en los campos de la educación no formal, educación de adultos (incluidos los de la tercera edad), inserción social de personas desadaptadas y minusválidos, así como de la acción socioeducativa” (RDL 1420/1991 de 30 de agosto, p.243).

—A modo de inciso, consideramos importante subrayar el término *minusválidos* y sustituirlo por el término *personas con diversidad funcional*, puesto que el vocablo *minusválido* contiene una carga semántica potencialmente despectiva, que “manifiesta idea de menosprecio” (Real Academia Española, 2022), hacia las personas con diversidad—. Actualmente, el Grado de Educación Social, “se orienta hacia la formación humana, pedagógica, técnica y sociocomunitaria” (Pérez-Serrano, 2010, p.171). Así pues, en la instrucción y el aprendizaje de un profesional de la Educación Social, Petrus (1994) apunta cuatro tipos de áreas de formación imprescindibles: formación humana, formación pedagógica, formación profesional y formación sociocomunitaria. Por consiguiente, la formación humana deberá garantizar el saber y el saber ser del educador social, la madurez personal como base del desarrollo profesional —que rara vez esta madurez personal va acompañada de la edad natural, generacional (21-22 años de edad) en la que un estudiante de grado termina sus estudios—; la formación pedagógica deberá asegurar el saber y, asimismo, deberá garantizar una racionalidad educativa al saber hacer mediante las diferentes intervenciones socioeducativas; la formación técnica completará la formación pedagógica garantizando el saber hacer y, por último, la formación sociocomunitaria que deberá garantizar al educador social una correcta ubicación en el entorno social dónde le corresponda intervenir. Pues, “el saber,

el saber ser y el saber hacer son necesarios en el desempeño de una profesión orientada al desarrollo humano” (Pérez-Serrano, 2010, p.172). Por ello, los organismos encargados de impartir conocimiento y formar a profesionales –en este caso, las universidades–deberían preguntarse si están en consonancia con las características que definen dicha profesión, pero sobre todo si tienen la constancia de que tal formación prepara suficientemente para que los profesionales graduados lleven a cabo sus tareas con cierto nivel de congruencia y credibilidad acorde con las competencias adquiridas y las destrezas demandadas (Sáez, 2007). En palabras de Willis (1997, p.18-19 citado en Sáez, 2007): “Eso supondría que acreditamos más que formamos profesionales y que éstos no suelen estar preparados para asumir sus responsabilidades con profesionalidad en un tipo de empleo, cuyas características les/nos suelen ser desconocidas”. Es decir, debe existir convergencia entre el mundo académico, las universidades, y el mundo profesional, laboral destinado a la acción, y a la puesta en práctica de los conocimientos y habilidades aprendidos en el ámbito académico. Por consiguiente, el mundo académico y el mundo profesional son convocados a trabajar juntos formando un proyecto profesionalizador, acordando objetivos, supuestos de partida, metodologías, recursos, etcétera (Sáez, 2007). De esta manera, se fundamenta el proyecto profesionalizador dando lugar a la profesionalización de la Educación Social.

En el proceso de profesionalización intervienen, de manera más o menos directa, diferentes elementos que crean el sistema, entendiendo por sistema la profesionalización de la Educación Social. Constituida por diferentes elementos que forjan el sistema y a estos se les podría definir como los actores fundamentales en la construcción de esta. Por lo tanto, estos actores son: “los propios profesionales, el Estado y sus administraciones, las universidades, el/los Mercado/s, los usuarios, otras profesiones” (Sáez, 2005, p.132). Si bien es cierto que, todos estos actores son protagonistas en la profesionalización de la Educación Social, así como los procesos que se han desarrollado entorno a ella. No obstante, Sáez (2005) subraya cinco protagonistas de estos siete actores en la intervención del proceso de profesionalización de esta disciplina: “los profesionales, la universidad, el Estado, el mercado y el usuario”(p.132). Asimismo, argumenta que, para ello:

“Se requieren conocimientos especializados obtenidos por formación, tanto en habilidades como en supuestos teóricos históricos y culturales, que subyacen a tales habilidades y procedimientos, manteniendo debido a ello, y a la experiencia adquirida en el tiempo, altas cotas de logro y competencia, mostradas gracias al trabajo conjunto,

personal y comprometido, de los profesionales actuando en pos de la satisfacción de las necesidades educativas formuladas en y por la comunidad a la que tratan de servir y, obtener, con ello, el reconocimiento social que les legitima para la monopolización de un territorio o jurisdicción laboral” (Sáez, 2005, p.137-38).

Para terminar, –a modo de repaso– apuntar que la definición conceptual del término de Educación Social posee dos definiciones, por un lado, educación social como derecho que debe tener la ciudadanía y, por otro lado, como profesión de carácter pedagógico (ASEDES, 2007). Durante el manuscrito nos hemos centrado en esta segunda definición. No obstante, no excluye la primera. Así pues, toda actividad profesional debe ser poseedora de un código deontológico dónde queden recogidas las normas y principios que puedan ayudar al profesional de la Educación Social orientando su acción y, en consecuencia, su conducta profesional, así como ayudarlo en el ejercicio profesional mejorando la calidad del trabajo que se ofrece a la comunidad y a los individuos (ASEDES, 2007). Asimismo, el código deontológico, por un lado, representa la asunción de toda responsabilidad profesional de las acciones en la intervención socioeducativa que realicen los educadores sociales o el equipo –esto incluye la responsabilidad de las posibles malas *praxis*–. Y, por otro lado, refuerza la autonomía que los profesionales de esta disciplina tienen respecto a las exigencias de las normas, mandatos, políticas sociales, instituciones y presiones sociales que “dificultan el alcance de las finalidades de las profesiones en las personas que se atienden” (ASEDES, 2007, p.22).

1.2 Ética y Moral

A la pregunta: ¿Para qué sirve la ética? La catedrática Cortina (2019), apunta que sirve para forjarse un buen carácter para que así aumenten las probabilidades de ser felices y justos –con nosotros mismos y con los demás–, “al ayudar a estimar los mejores valores y optar por ellos” (p.46). Para aprender a conducir nuestra vida, saber gestionarla y ser los protagonistas de esta y, no ser meros espectadores, dejándonos manipular como títeres, permitiendo que otros decidan por nosotros y, hasta incluso, nos la hagan. “Para realizar un sueño, el de una sociedad sin dominación, en que todos podamos mirarnos a los ojos sin tener que bajarlos para conseguir lo que es nuestro derecho” (p.113-114). “Para aprender a apostar por una vida feliz, por una vida buena, que integra como un sobrentendido las exigencias de la justicia y abre el camino a la esperanza” (p.178).

El término ética proviene del vocablo griego *éthos* (ἦθος), su definición alude a la conducta, a los hábitos, las costumbres, es decir *éthos* significa carácter, modo de ser. Y, el vocablo moral, proviene del latín *mos, moris* y, significa costumbre, forma de comportarse (Canimas, 2011). Por consiguiente, “suele decirse que ética y moral son dos conceptos que no se diferencian ni en su significado etimológico ni en el lenguaje de la vida cotidiana” (Canimas, 2011, p.53). Pues, en el lenguaje de la vida cotidiana el término *ética* se utiliza como sinónimo de *moral*. Solemos utilizar frases tipo: “esto no es ético”, “no tiene ética” o es “amoral”, “de moral irreprochable” para aludir a lo incorrecto y, por lo tanto, consideramos que es inmoral (Canimas, 2011; Chamarro, 2007). Por ello, subrayamos la controversia existente entre la ética y la moral. Como hemos apuntado, su significado etimológico es el mismo, pero su significado descriptivo o normativo, no. Del mismo modo que, tampoco lo es desde un punto de vista filosófico, pues conviene distinguir entre la moral y la ética o filosofía moral. Pues, ambas refieren a dos niveles de reflexión y lenguaje; por un lado, destacaríamos el nivel de la vida cotidiana, del día a día, relacionado con la moral dónde los hombres –término genérico– desde la Grecia Antigua vivían con referentes morales y, por otro lado, el nivel ético o filosofía moral que reflexiona acerca de la moral vivida en la vida cotidiana en particular (Aranguren, 1958). Según su significado normativo, en el diccionario de la lengua española, el término *ética* se define como el “conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida” (RAE, 2022). Y, el vocablo *moral* se define como “la doctrina del obrar humano que pretende regular el comportamiento individual y colectivo en relación con el bien y el mal y los deberes que implican” (RAE, 2022). Por lo tanto, la ética no puede ser sin la moral, le pese a quién le pese y por más que muchos se han empeñado en separarlas, pues la ética lleva implícita la moral y, por lo tanto, se necesita conocer qué es la moral para así entender qué es la ética. Pues, la moral, es el principio de todo y existe desde antes de que los hombres –término genérico– tuviesen conciencia de su existencia. Por consiguiente, estas normas cívicas y este sistema de valores lo adquirimos o aprehendemos de diferentes ámbitos: la familia, la religión, la nacionalidad, la escuela, el grupo de iguales, etcétera y estas, de manera implícita, se transmiten de generación en generación en la existencia de una sociedad concreta (Chamarro, 2007).

En la enseñanza secundaria obligatoria, “la ética ha aparecido (...) como una disciplina sinuosa, competidora de la religión, especie de «moral para increyentes», pero sin serlo” (Cortina, 2012, p.37). (...) “No se le denominaba moral, no fuera a confundirse con

una moral determinada o con prescripciones en torno al sexto mandamiento” (Cortina, 2012, p.37). Del mismo modo, Canimas (2011) apunta:

“La sustitución del término moral por ética, sobre todo entre los profesionales de la intervención social (...) seguramente se debe a la imposición de la moral nacional-católica practicada en el pasado ya que el término *moral* parece que nos remite a un código cerrado de normas religiosas (...)” (p.53).

Y, en consecuencia, la ética se relaciona con la secularidad. Pero esto es erróneo, pues como apunta Cortina (2012) “despertar directamente actitudes porque se consideran más humanas o más cívicas que otras es invertebradamente una tarea moral, y se configura sobre la base de una concepción del hombre, sea religiosa o secular” (p.38). Por consiguiente, la moral no tiene porqué relacionarse únicamente con la religión, pues como hemos apuntado en la definición de moral como doctrina del obrar humano. Subrayamos que, el vocablo *doctrina* en su definición normativa presenta diferentes significados: “norma científica, paradigma”; “conjunto de ideas u opiniones religiosas, filosóficas, políticas, etc., sustentadas por una persona o grupo” (RAE, 2022).

“La ética se referiría a una transformación interna, nacida de la convicción de que merece la pena obrar bien, por el valor interno del obrar bien mismo y porque (...) resulta fecundo” (Cortina, 2019, p. 45). Asimismo, es la parte de la filosofía que estudia los fundamentos de la conducta humana, aquellas actuaciones que pueden ser consideradas buenas o malas en función a las virtudes (Chamarro, 2007) –pues la virtud es la “disposición de la persona para obrar de acuerdo con determinados proyectos ideales como el bien, la verdad, la justicia y la belleza” (RAE,2022); asimismo es el “hábito de obrar bien, independientemente de los preceptos de la ley, por sola la bondad de la operación y conformidad con la razón natural” (RAE, 2022)–.

Así pues, la ética aludiría a la pregunta de «¿por qué debo hacerlo?» (Canimas, 2011). Pues, “la cuestión ética consiste en hacer concebible la moralidad, en tomar conciencia de la racionalidad que hay ya en el obrar, en acoger especulativamente en conceptos lo que hay de saber en lo práctico” (Cortina, 2012, p.77). Y, la moral aludiría a la pregunta de «¿qué debo hacer?», pues la moral indica lo que debemos o no debemos hacer y la ética se cuestiona el por qué debemos hacerlo o, por el contrario, no hacerlo (Canimas, 2011).

1.3 Ética Aplicada: la ética de las profesiones

La génesis de la ética aplicada germina en el descubrimiento de que la ética individual no resulta suficiente para abarcar las diferentes demandas sociales, pues, a veces, la buena voluntad puede producir consecuencias potencialmente negativas para la comunidad (Cortina, 1996). Por ello, será necesario *moralizar* las organizaciones y las instituciones, es decir transitar de una lógica de la *acción individual* a una lógica de la *acción colectiva* para que así las consecuencias para la sociedad sean beneficiosas (Cortina, 1996; Homann y Blome-Drees, 1992). La ética aplicada como filosofía práctica, es una ciencia que media unos principios generales y unas realidades concretas dónde en la práctica se deben utilizar (Hortal, 2002). Es decir, las normas o principios fundamentados en la moral humana serán aplicados en la práctica profesional para operar de manera correcta, resolver posibles conflictos, así como dilemas éticos en los que el profesional pueda encontrarse en la *deliberación* –concepto que explicaremos posteriormente– ante un conflicto de valor, “para el que no hay referencias ni alternativas claras para abordarlo y no hay certeza sobre los efectos que la decisión pueda ocasionar” (Vilar Martín y Riberas Bargalló, 2017, p.3). Pues, impera por parte de la mayoría de profesionales el escaso o nulo conocimiento de conceptos básicos sobre ética y filosofía, así como la ausencia de referentes filosóficos sobre la ética de la profesión, una falta de conexión entre los ideales de la profesión y la *praxis* (Vilar Martín y Riberas Bargalló, 2017); “una clara falta de anticipación y de previsibilidad ante los conflictos que hace trabajar de forma reactiva y no proactiva, y la inexistencia de mecanismos y materiales de soporte técnico o institucional para la gestión de conflictos de forma colectiva” (Vilar Martín y Riberas Bargalló, 2017, p. 4). La *deliberación* es un proceso de reflexión moral que el ser humano utiliza para la resolución de conflictos (Beauchamp y Childress, 2009), dilemas éticos o conflictos de valor. Pues, la *deliberación*, consiste en “analizar el repertorio completo de los recursos de acción posibles, a fin de ponderar las ventajas e inconvenientes” (Pastor Morales y del Río Sánchez, 2018). De todos modos, cabe destacar que ante un mismo dilema ético o conflicto de valor los profesionales actuarán de manera diferente, pues, no todos los profesionales procederán de igual forma ni considerarán la misma solución o que un determinado curso de acción sea el más correcto o idóneo para todos los implicados –usuario/os, profesional/es, institución/es, por ejemplo–. Por ello, aunque la *deliberación* de cada profesional pueda ser diferente, si ha seguido unos principios morales de *deliberación*, la actuación y el resultado llevado a cabo será el correcto y, por lo tanto, será avalado por el colegio como una buena *praxis*. Es importante seguir los pasos

adecuados en consonancia con el código deontológico de la profesión –en nuestro caso, la Educación Social– para que el resultado sea coherente con la ética profesional.

Así pues, daremos paso a la *deontología*, por su parte, esta “es la parte de la ética que se ocupa de los deberes profesionales a partir del desarrollo de códigos de comportamiento que pretenden regular la actividad de las profesiones (...) Se trataría pues de la ética del ejercicio profesional” (Pastor Morales y del Río Sánchez, 2018, p.13). No obstante, la *deontología* no excluye la profesionalidad individual, pues “la *deontología* es una ciencia normativa referida a la conducta profesional individual o –y– colectiva” (Vázquez Guerrero, 1997, p.14).

Por último apuntar que en nuestra profesión, la Educación Social, al igual que en otras profesiones donde los protagonistas son personas, existe la opción de error, pues el educador social trabaja en un escenario hostil, vulnerable, de riesgo dónde, a veces, el *setting* puede influir de manera negativa y ser un factor predisponente a una posible mala *praxis* [“conductas negligentes o imprudentes que no se corresponden con los requerimientos que, según el conocimiento científico-técnico en vigor, se consideran adecuados y que causan daño físico o psíquico indemnizables al paciente –usuario– con el que existía una relación profesional” (Pastor Morales y del Río Sánchez, 2018, p.34)]. No obstante, diferentes estudios apuntan que existe un mayor riesgo de mala *praxis* en profesionales que poseen falta de conocimientos tanto morales-éticos como teóricos y técnicos, así como carencia de habilidades sociales y falta de experiencia en el campo de trabajo. Si bien es cierto que, por lo general, los profesionales con mayores años de experiencia en el campo de trabajo adaptan su acción, de manera natural, a las normas ético-deontológicas en mayor medida que los profesionales con menores años de experiencia (Pastor Morales y del Río Sánchez, 2018), siempre y cuando tengan adquiridos los conocimientos morales-éticos como teóricos y técnicos –tal y como hemos apuntado con anterioridad–. Por ello, los años de experiencia en el campo profesional serán un factor indispensable en la realización de buenas prácticas, no obstante, existen excepciones.

1.4 Reflexiones finales

El adjetivo que acompaña a la Educación Social, nos proporciona información de qué tipo de profesión se trata y puede dar una imagen global de esta. La Educación Social forma parte de las llamadas profesiones relacionales, definidas como aquellas ocupacio-

nes donde su principal fundamento, la acción, se centra en la relación (Campillo Díaz y Sáez Carreras, 2012), en este caso entre el usuario y el profesional. Por consiguiente, esta relación entre el usuario y el profesional educativo se debe construir mediante el vínculo y, siempre de manera bidireccional; la importancia de la espontaneidad adquirida, puesto que, permite gestionar de manera educativa cualquier obstáculo presente en la cotidianidad de la vida; además de que, el profesional de la Educación Social debe poseer habilidades sociales, tales como: en primer lugar, los componentes verbales, caracterizados por el habla, la conversación, pues es la herramienta fundamental que utilizamos los seres humanos para comunicarnos con los demás; en segundo lugar, los componentes no verbales, caracterizados por ser el lenguaje no verbal, es decir, la mirada, la expresión facial, la sonrisa, los gestos, etcétera y, por último, los componentes paralingüísticos, caracterizados por acompañar al mensaje que emitimos al interlocutor, es decir, el tono o volumen de voz, la fluidez y la velocidad del habla (Juanico y Ventura, 2017). Asimismo, el educador social deberá conocer el propósito y el papel de la ética en la profesión, siendo el fundamento básico e indispensable en el ejercicio social profesional, así como el código deontológico de la misma. La vehemencia de la necesidad de poner en práctica los ideales teórico-prácticos de la profesión en la acción socioeducativa es imperativa. Por consiguiente, “la denominada «práctica-teórica» es un aspecto central de la profesión (...) nace de la necesidad de acoplar el conocimiento teórico a la práctica profesional (...) De esta manera, la «práctica-teórica» organiza el conocimiento base que posteriormente orienta los principios, métodos y técnicas” (Viscarret, 2021, p.24) que, en nuestra disciplina, utilizará el educador social. Asimismo, “la práctica profesional en Educación Social, (...) tiene que ver con el diseño y la elaboración de programas, con su ejecución o recreación según sea el modo aplicativo u orientativo que se lleva a cabo, con la evaluación (...)” (Campillo Díaz y Sáez Carreras, 2012, p.24).

En definitiva, la práctica profesional tiene un carácter multidimensional, pues abarca diferentes ámbitos y tendrá como base fundamental la filosofía práctica—tal y como hemos apuntado anteriormente—, “y muy concretamente la ética o filosofía moral, la que pone mayor empeño en hacerse aplicada, en orientar la acción y las decisiones de los seres humanos” (Cortina, 1996, p.119).

2. Referencias

Aranguren, J.L. (1958). *Ética*. Revista de Occidente.

ASEDES (2007). *Código deontológico del educador y de la educadora social*.

<https://www.eduso.net/wp-content/uploads/documentos/143.pdf>

Beauchamp, T. y Childress, J. (2009). *Principle of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.

Campillo Díaz, M. y Sáez Carreras, J. (2012). Por una ética situacional en Educación Social. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 19, 13-36. https://doi.org/10.7179/PSRI_2012.19.02

Canimas, J. (2011). *Ètica aplicada a l'educació social*. UOC.

Caride, J.A., Gradaílle, R. y Caballo, M.B. (2015). De la pedagogía social como educación, a la educación social como Pedagogía. *Perfiles educativos* 37(148). <http://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v37n148/v37n148a16.pdf>

Chamarro, A. (2007): *Ètica del psicòleg*. UOC.

Cortina, A. (2012): *Ètica mínima: Introducción a la filosofía práctica*. Tecnos.

Cortina, A. (1996). El estatuto de la ética aplicada. Hermenéutica crítica de las actividades humanas. *Isegoría*, (13), 119–127. <https://doi.org/10.3989/isegoria.1996.i13.228>

Cortina, A. (2019): *¿Para qué sirve realmente la ética?* Paidós.

Gómez Serra, M. (2003). Aproximación conceptual a los sectores y ámbitos de intervención de la Educación Social. *Pedagogía Social. Revista interuniversitaria*, 10(2), 233-251.

Homan, K. und Blome-Dress, F. (1992). *Wirtschafts und Untemehmensethik*. Gotinga. Vandenhoeck und Ruprecht.

Hortal, A. (2002). *Ètica general de las profesiones*. Desclée De Brouwer.

- Juanico, J. y Ventura, D. (2017). El educador social en el servicio de salud mental. *Educació social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 66, 70-85.
- Pastor Morales, J.M. y del Río Sánchez, C. (2018): *Ética profesional en salud mental: Guía de actuación ético-deontológica y legal en Psicología Clínica y Psiquiatría*. Pirámide.
- Pérez-Serrano, G. (2010). *Pedagogía Social y Educación Social: Construcción científica e intervención práctica*. Narcea.
- Real Academia Española. (2022). *Diccionario de la lengua española* (23a ed.).[Versión en 23.5 en línea]
- Real Decreto 1420/1991, de 30 de agosto, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Educación Social y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 10 de octubre de 1991, núm 243, pp. 32891-32892
- Sáez, J. (Coord). (2007): *Pedagogía Social*. Pearson.
- Sáez, J. (2005). La profesionalización de los educadores sociales: Construcción de un modelo teórico para su estudio. *Revista de educación*, 336, 129-139.
- Usurriaga, J. (2011). Presentación al Marco Conceptual de las Funciones y Competencias del Educador/a Social. *Revista de Educación Social*, 13, 1-20.
- Vázquez Guerrero, F.D. (1997): *Ética, Deontología y Abogados: Cuestiones generales y situaciones concretas*. Ediciones internacionales universitarias.
- Vilar Martín, J. y Riberas Bargalló, G. (2017). Tipos de Conflicto Ético y Formas de Gestionarlos en la Educación Social y el Trabajo Social. Retos en las Políticas de Formación. *Education Policy Analysis Archives*, 25(52). <http://dx.doi.org/10.14507/epaa.25.2651>
- Viscarret, J.J. (2007): *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Alianza.



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Edita: Universitat de Girona

Disseny i maquetació: info@clam.cat · 647 42 77 32

Dipòsit Legal: GI.904-2010

ISSN: 2013-9063




Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010
ISSN: 2013-9063

Universitat
de Girona



**Alfranca, R., Fernández-Hortal, Ma À., Fernàndez-Escofet, E., Clot, M., Fàbregas, C., Pericàs-Hernández, M. (2022)
"Atenció a persones en situació de sensellarisme amb patologia crònica: coordinació de serveis socials i sanitaris"**

Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades
Vol. 11. Núm. 1: 45-60

Correspondència

Rebeca Alfranca

Adreça: Santa Clara, 33, 17001 Girona, España

Correu electrònic: ralfranca.girona.ics@gencat.cat

Telèfon: +34 972 20 00 12

Atenció a persones en situació de sensellarisme amb patologia crònica: coordinació de serveis socials i sanitaris

Rebeca Alfranca¹

M^a Àngels

Fernández-Hortal²

Elisenda Fernández-
Escofet²

Montserrat Clot³

Carles Fàbregas⁴

Meritxell Pericàs-
Hernández⁵

Resum

Les persones en situació de sensellarisme presenten més risc de patologia mental, addicions i malalties infeccioses. Conseqüentment, s'observa un avenç en la presentació de patologies cròniques orgàniques i deteriorament cognitiu i una elevada mortalitat en edats primerenques.

La complexitat d'aquests pacients fa necessària una atenció multidisciplinària i coordinació entre els diferents professionals i resulten tot un repte per els serveis socials i sanitaris que els atenen.

Amb l'objectiu de descriure l'experiència de treball conjunt entre els serveis socials i sanitaris de Girona en l'atenció al pacient en situació de sensellarisme, es fa una descripció de les funcions i serveis del

¹Metgessa de Família, Doctora per la Universitat de Girona. Centre d'Atenció Primària Santa Clara, Institut Català de la Salut, Girona

²Infermera. Centre d'Atenció Primària Santa Clara, Institut Català de la Salut, Girona

³Treballadora social. Centre d'Atenció Primària Santa Clara, Institut Català de la Salut, Girona

⁴Educador social. Director del Centre d'Acolliment i Serveis Socials "La Sopa", Girona

⁵Metgessa de família, Centre d'Atenció Primària Santa Clara, Institut Català de la Salut, Girona

centre d'acolliment La Sopa i s'exposa com ha de ser la primera visita al Centre d'Atenció Primària, així com les dades mínimes a recollir en quant a anamnesis i exploració. També es presenten les dades preliminars de l'avaluació del projecte de creació d'una consulta d'infermeria setmanal al centre d'acolliment i el perfil clínic dels usuaris atesos.

Després de més de un any de implantació de la consulta d'infermeria, com a resultats preliminars, trobem que la valoració dels usuaris i dels professionals del centre d'acolliment és molt bona. Els usuaris mostren una millora en el control i seguiment de les patologies cròniques i una disminució de la freqüentació de les visites d'urgència. S'afavoreix la confiança i el vincle entre l'usuari i el professional sanitari.

El pacient en situació de sensellarisme amb patologia crònica és un pacient vulnerable i amb alta dependència que precisa més recursos dels ara disponibles i cal seguir treballant i destinant recursos al seu seguiment i control.

Paraules clau: Sensellarisme, Cronicitat, Coordinació, Promoció de la salut

Abstract

People experiencing homelessness are at higher risk of mental pathology, addiction and infectious diseases. Consequently, there is an increase in the presentation of chronic organic pathologies and cognitive deterioration and a high mortality rate at an early age.

The complexity of these patients makes multidisciplinary care and coordination between the different professionals necessary, and they are a challenge for the social and health services that care for them.

With the aim of describing the experience of joint work between the social and health services of Girona in the care of homeless patients, a description is given of the functions and services of the reception centre La Sopa describes what the first visit to the Primary Care Centre should be like, as well as the minimum data to be collected in terms of anamnesis and examination. Preliminary data from the evaluation of the project to

create a weekly nursing consultation in the reception centre and the clinical profile of the users attended to are also presented.

After more than a year of implementation of the nursing consultation, as preliminary results, we find that the assessment of the users and professionals of the reception centre is very good. Users show an improvement in the control and monitoring of chronic pathologies and a decrease in the frequency of emergency visits. Trust and the bond between the user and the health professional is favoured.

Homeless patients with chronic pathologies are vulnerable and highly dependent patients who require more resources than are currently available, and it is necessary to continue working and allocating resources to their monitoring and control.

Key words: Homelessness, Multi morbidity. Partnership and collaboration, Health promotion

1. Introducció

Les persones en situació de sensellarisme (PES) presenten un major risc de patologia mental (Fazel et al., 2008; Schreiter et al., 2017), addiccions a substàncies (Polcin, 2016) i malalties infeccioses (tuberculosis, Hepatitis C, Virus de la Immunodeficiència Humana) (Fazel et al., 2014; Hwang et al., 2009; Nilsson et al., 2011), i consegüentment una elevada mortalitat a edats primerenques (Hwang, 2000; Nusselder et al., 2013; Termorshuizen et al., 2014). Un estudi publicat en 2021 amb PES de Girona va determinar que l'edat mitjana de mort de les persones en situació de sensellarisme va ser de 49 anys mentre que l'esperança de vida mitjana de la població general supera els 80 (Calvo et al., 2021). Un altre estudi actualment en revisió amb una mostra de 3854 persones confirma l'edat de mort primerenca, establint-la en 52 anys, trenta anys prematura respecte a la població general. Les dones en situació de sensellarisme van presentar una tasa major de mortalitat i a una menor edat, especialment per suïcidi. Les principals variables associades a la mortalitat de les PES tenen relació amb el consum de drogues (Calvo et al., 2020).

Tot i aquesta elevada mortalitat, els avenços en Medicina i l'eficàcia dels nous tractaments han aconseguit reduir la incidència i les complicacions derivades de la infecció crònica per Hepatitis C (VHC) (Smith-Palmer et al., 2015) o el virus de la immunodeficiència humana (HIV); i moltes PES han sobreviscut o conviuen amb aquestes malalties (Alfranca et al., 2021; Ministerio de Sanidad, 2018). Els Centres d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències i els programes de reducció de danys han contribuït també a què les PES arribin a millorar la seva supervivència (Ho et al., 2015). Però entre aquests supervivents, moltes vegades abstinentes o amb consums esporàdics, trobem molta cronicitat orgànica i deteriorament cognitiu que generen una alta dependència de recursos assistencials (Gelberg, 1990).

El concepte de cronicitat en Medicina fa referència a un aspecte d'irreversibilitat en malalties transmissibles (VIH), no transmissibles (cardiovasculars, diabetis, càncer), malalties mentals (esquizofrènia), malalties físiques permanents i discapacitats (WHO, 2002).

Hi ha estudis que mostren que certes malalties cròniques com la Diabetis Mellitus tipus 2, la Hipertensió arterial, la Malaltia pulmonar obstructiva crònica, les demències... s'avancen en les PES 20 anys amb relació a la resta de la població (Bernstein, 2015; Culhane et al., 2013). L'enolisme i les addiccions, encara que siguin consums puntuals, agreugen

el seu estat general dificultant el control de la pressió arterial i la glucèmia. Els anys de consum de tòxics han deixat seqüeles en el seu cervell i podem trobar PES de 50-60 anys amb demències de Wernicke o vasculars.

Aquests pacients crònics complexos suposen un repte pels serveis socials i sanitaris que els atenen (Culhane et al., 2019). Les descompensacions de la malaltia crònica i la seva dificultat per l'autocura els porten a freqüentar les urgències hospitalàries i centres de salut, sent complicat el maneig i seguiment de la seva patologia.

El deteriorament físic i psíquic d'aquestes PES amb patologies cròniques fa que no puguin continuar vivint al carrer, on podien emmalaltir greument i ocupen llits durant llargues estades en albergs i centres d'acollida, ja que sovint són massa joves per una plaça de residència o sociosanitari.

La complexitat d'aquests pacients crònics fa necessària una col·laboració estreta entre diferents professionals (treballadors socials, educadors socials, metges, infermeres). La coordinació aporta una visió més ampla de la persona des de la perspectiva tant mèdica com social.

Del treball conjunt entre el Centre d'acolliment La Sopa de Girona i el Centre d'Atenció Primària (CAP) Santa Clara sorgeix la consulta setmanal d'Infermeria, com a proposta de millora a l'atenció que es presta a les PES amb malalties cròniques de la ciutat.

1.1 Objectiu

L'objectiu principal d'aquest article és descriure l'experiència de treball conjunt dels serveis socials i sanitaris de Girona en l'atenció a les PES amb patologia crònica.

2 Mètode

El primer apartat de l'article està dedicat al Centre "La Sopa" i descriu la seva funció i serveis. El segon apartat mostra com és la primera visita a les PES al CAP Santa Clara i les particularitats que presenten aquests pacients.

L'apartat final es centra en la consulta d'infermeria setmanal i el tipus de pacient atès.

2.1 La Sopa, Centre d'Acolliment i Serveis Socials de Girona

La Sopa és un centre d'atenció social per a persones sense llar en situació d'exclusió social amb dues funcions principals: la protecció i la creació de les condicions bàsiques per iniciar un procés de recuperació (Centre d'Acolliment i Serveis Socials "la Sopa", 2020).

Els seus objectius prioritaris són:

1. Prestar un servei d'acollida a persones en situació de necessitat o amb especials dificultats per la seva autonomia econòmica i social.
2. Realitzar una intervenció que compagini l'assistència amb la reinserció i la promoció de l'autonomia personal.
3. Establir una cooperació eficaç amb els altres serveis i recursos del territori per fer front a la multidimensionalitat que presenten les situacions ateses, en aspectes socials, sanitaris, laborals, legals i d'habitatge.

Hi ha quatre nivells de compromís segons poden i volen comprometre's les persones usuàries (taula 1).

Taula 1. Nivells de compromís del servei al que poden adscriure's les persones usuàries ateses.

Nivell	Nivells de compromís
1	Intervenció en medi obert o treball de carrer
2	Serveis bàsics puntuals: Higiene personal, Menjador Social i Bugaderia
3	Serveis bàsics: Centre de Dia i Allotjament nocturn
4	Serveis de recuperació: Centre Residencial, Pisos d'Inclusió i Pisos Individuals "Primera la Llar"

Els serveis de menjador, dutxes, bugaderia i correspondència, són serveis que a més d'estar a disposició de les persones que resideixen en el centre d'acollida de manera temporal o que hi dormen puntualment, estan oberts a tots aquells que, malgrat residir habitualment a Girona, no tenen llar, i també per aquelles persones que esporàdicament dormen en cases de coneguts o en habitacions rellogades.

Aquests serveis ajuden a establir un vincle amb les persones que viuen al carrer, o en situacions de precarietat.

El servei de menjador disposa de 110 places i serveix els quatre àpats del dia. És un servei pels que resideixen al centre i també per a persones de la ciutat que viuen en habitacions rellogades sense possibilitats de cuina, ja que és un servei complementari al Centre de Distribució d'Aliments.

Des del centre d'acolliment, també es fa una tasca activa per la localització de persones que viuen en els carrers de Girona de manera regular. L'objectiu és poder fer un seguiment i donar-los informació.

2.2 CAP Santa Clara - Girona, Centre d'Atenció Primària de referència

El CAP Santa Clara, situat al Barri Vell de Girona, és el centre de referència segons Àrea Bàsica de Salut (ABS) i des de fa anys treballa coordinadament amb la Xarxa de Salut Mental i Addiccions i amb els treballadors socials de "La Sopa" en la prestació de serveis a les PES de la ciutat.

Les PES són pacients complexos que presenten sovint dificultats per expressar-se per deteriorament cognitiu, malaltia mental o desconeixement de l'idioma. La falta de habitatge i d'àpats regulars dificulten l'adquisició d'hàbits saludables i el compliment de les recomenacions terapèutiques. Quan es prescriu medicaments a les PES s'ha d'assegurar que disposin de recursos per poder comprar-los o derivar al servei social addient.

Les particularitats en l'atenció mèdica i d'infermeria que presenten les PES va portar al grup de Comunitària de l'equip de Santa Clara al 2016 a elaborar una guia que servís d'ajuda i unificqués criteris entre els diferents professionals del centre. La guia aporta

consells i remarca la importància d'una bona anamnesis i exploració en la primera visita al CAP. És en aquest primer contacte on s'inicia un vincle amb el pacient i on es poden detectar patologies greus que precisin d'una actuació urgent.

Les dades mínimes que s'han d'intentar recollir en l'atenció inicial a les PES són:

1. Trajectòria migratòria: d'on ve, on va, quant temps hi serà (el mínim de permanència a la ciutat que es va consensuar per intervenir va ser d'un mes)
2. Lloc on dorm (La Sopa, okupa, carrer...). El lloc on dorm una PES aporta molta informació de la seva capacitat d'autocura i de la seva vulnerabilitat. Hem d'estar atents en especial a les dones que dormen al carrer, ja que són víctimes de violència i d'agressions més freqüentment que els homes (Guillen et al., 2020).
3. Cobertura sanitària (Codi d'Identificació Personal provisional, finançament de receptes)
4. Nom del referent social del centre d'acollida i si no en té, s'ha de derivar a la treballadora social sanitària del CAP Santa Clara
5. Antecedents mèdics principals: malalties cròniques, medicació, consum de tòxics
6. Exploració física bàsica: Registre pressió arterial i saturació d'oxigen
7. Valorar si presenta clínica depressiva greu o psicòtica activa que suposi un perill per ell i per altres. El suïcidi figura com una de les causes principals de mort entre les PES.
8. Si és una dona en edat gestant, s'ha de preguntar per la possibilitat de gestació i en el cas que estigui embarassada, contactar amb els serveis socials perquè es tracta d'un embaràs de risc que pot precisar d'una intervenció en el moment del part i posteriorment de la Direcció General de l'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA).
9. Si presenta símptomes respiratoris, pensar la possibilitat de tuberculosi activa o malaltia greu per coronavirus 2019 (COVID-19) i si es sospita demanar una radi-

ografia urgent de tòrax. Si es confirma el diagnòstic de tuberculosi o COVID-19 s'han de tenir establerts circuits per poder aïllar al pacient i evitar el contacte i contagi als altres usuaris del centre d'acolliment (Mohsenpour et al., 2021).

10. Revisar l'estat de vacunació antitetànica i de COVID-19

En la guia estan recollides altres particularitats que presenten les PES i que han de ser tingudes en compte en la seva atenció i tractament (Montauk, 2006):

- S'ha de valorar en la primera visita i segons motiu de consulta realitzar una anàlisi completa i serologies d'Infeccions de Transmissió Sexual.
- Es recomana realitzar radiografia de tòrax (si no en té recent) si ha dormit un temps al carrer pel risc de tuberculosi.
- Conèixer l'allotjament del pacient, l'accés a aliments, aigua, banys
- Prioritzar el control de les malalties mentals i les dependències.
- Ús del règim mèdic més simple possible i valorar la viabilitat del tractament (finançament, dèficit cognitiu, lloc per emmagatzemar medicaments)
- Programar visites de seguiment més freqüents per augmentar l'adherència. És important no jutjar ni penalitzar.
- En les PES estan indicades les vacunes de la grip i del pneumococ.
- És recomanable donar un plànol de recursos socials, mèdics i d'urgència del territori

Si la PES està ingressada en un centre hospitalari i el destí d'alta és el centre d'acolliment, s'ha d'intentar contactar amb els treballadors socials i les infermeres gestores de casos per tenir una valoració prèvia i treballar el contínuum assistencial: clínic i social.

2.3 Consulta d'infermeria setmanal al Centre d'acolliment La Sopa

De les necessitats específiques de les PES neix el projecte de la consulta d'infermeria setmanal al Centre d'acolliment de La Sopa a Girona. Aquesta consulta va iniciar el seu funcionament al gener de 2021. En ella es realitzen visites de seguiment, cures, vacunacions, propostes d'actualització de medicació, etcètera, a PES amb patologia crònica coordinant-se amb els treballadors socials i els metges del Centre d'Atenció Primària si és precís. Les visites queden registrades a l'Estació Clínica d'Atenció Primària (ECAP) i la consulta té una agenda pròpia on poder inserir els pacients.

La consulta és també el lloc idoni per a un primer contacte, obrir la història clínica i establir un vincle amb el pacient crònic. Les infermeres assignades a aquesta consulta tenen experiència en el maneig de PES i coneixen les seves particularitats i els circuits de coordinació establerts entre els diferents serveis.

2.4 Perfil clínic dels usuaris atesos

La mitjana d'edat s'estableix en 54,4 anys (amb una variabilitat de 21 a 82 anys). La patologia més prevalent és l'alcoholisme (54%); seguida del tabaquisme (50%). Les addiccions d'altres substàncies representen un 19% i les malalties psiquiàtriques estan presents en el 50% dels usuaris. La depressió, l'esquizofrènia i el trastorn límit de personalitat esdevenen els diagnòstics de malaltia mental més freqüents. D'aquests pacients, un 15% han realitzat intents de suïcidi. El 42% de PES ateses s'han contagiats de COVID-19 al menys en una ocasió. En relació a les malalties cròniques orgàniques, el 46'2% presenten Hipertensió arterial, el 26'9% Diabetis Mellitus i el 23% obesitat.

2.5 Conclusions

Actualment, s'està quantificant l'impacte de la consulta setmanal d'infermeria i a l'espera dels resultats finals, la valoració dels usuaris i dels professionals del centre d'acollida i del centre de salut de referència és molt bona perquè els resultats inicials mostren una millora en el control i el seguiment de les PES amb patologies cròniques i una disminució en la freqüentació de les visites d'urgència. És també molt ben valorat pels usuaris el fet

de no haver de desplaçar-se fins al centre de salut, tenint en compte les seves dificultats, en moltes ocasions conseqüència de les mateixes patologies.

En la nostra experiència, la consulta setmanal d'infermeria ens ha ajudat a millorar l'atenció a les PES amb patologia crònica, però són un col·lectiu vulnerable i amb elevada dependència que precisa més recursos dels ara disponibles (Calvo et al., 2021). Els serveis socials i sanitaris implicats fa temps que reclamem places adaptades en sociosanitaris o de Housing first supervisades (Tsemberis et al, 2004). Els albergs no reuneixen les condicions que precisen, ocupant places destinades a PES joves i sanes vinculades a programes de deshabitació.

Les PES amb malalties cròniques requereixen d'un referent social, un referent sanitari i d'una coordinació entre ells. La consulta d'infermeria de La Sopa pretén ser un espai on es promogui la confiança i el vincle, afavorint el seguiment de la cronicitat en aquest col·lectiu altament vulnerable i facilitant la coordinació dels professionals sanitaris i socials que intervenen.

3. Referències

- Alfranca, R., Salvans, M., López, C., Giralt, C., Ramírez, M., i Calvo, F. (2021) Hepatitis C en personas en situación de sinhogarismo: buscando acceder a una población difícil de tratar. *Rev Esp Enferm Dig*, 113(7), 529-532. <https://doi.org/10.17235/reed.2021.7737/2020>
- Bernstein, R.S., Meurer, L.N., Plumb, E.J., i Jackson, J.L. (2015). Diabetes and hypertension prevalence in homeless adults in the United States: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*, 105(2), e46-e60. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302330>
- Calvo, F., Alfranca, R., Carbonell, X., i Castelló, A. (2021). La vulnerabilitat de les persones en situació de sensellarisme. *Pensem*. <https://www.pensem.cat/noticia/210/vulnerabilitat-persones-situacio-sensellarisme>

- Calvo, F., Fitzpatrick, S., Fàbregas, C., Carbonell, X., Group, C., i Turró-Garriga, O. (2020). Individuals experiencing chronic homelessness: A 10 year follow up of a cohort in Spain. *Health and Social Care in the Community*, 28(5), 1787-1794. <https://doi.org/10.1111/hsc.13005>
- Calvo, F., Turró-Garriga, O., Fàbregas, C., Alfranca, R., Calvet, A., Salvans, M., i Carbonell, X. (2021). Mortality risk factors for individuals experiencing homelessness in Catalonia (Spain): A 10-year retrospective cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1762. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041762>
- Centre d'Acolliment i Serveis Socials "la Sopa" (2020). *Memòria*. <https://web.girona.cat/documents/20147/10831533/Memoria-laSopa-2020.pdf>
- Culhane, D., Metraux, S., Byrne, T., Stino, M. i Bainbridge, J. (2013). The age structure of contemporary homelessness: Evidence and implications for public policy. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 13(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/asap.12004>
- Culhane, D., Treglia, D., Byrne, T., Metraux, S. Kuhn, R., Doran, K. i Johns. E. (2019). *The emerging crisis of aged homelessness: Could housing solutions be funded from avoidance of excess shelter, hospital and nursing home costs?* <https://aisp.upenn.edu/wp-content/uploads/2019/01/Emerging-Crisis-of-Aged-Homelessness-1.pdf>
- Fazel, S., Geddes, J.R., i Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, 384(9953), 1529-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., i Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), e225. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>
- Gelberg, L., Linn, L.S., i Mayer-Oakes, S.A. (1990). Differences in health status between older and younger homeless adults. *J Am Geriatr Soc*, 38(11):1220-9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1990.tb01503.x>

- Guillén, A.I., Marín, C., Panadero, S., i Vázquez, J.J. (2020). Substance use, stressful life events and mental health: A longitudinal study among homeless women in Madrid (Spain). *Addictive behaviors*, 103, 106246, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106246>
- Ho, S. B., Bräu, N., Cheung, R., Liu, L., Sanchez, C., Sklar, M., ... i Groessl, E. J. (2015). Integrated care increases treatment and improves outcomes of patients with chronic hepatitis C virus infection and psychiatric illness or substance abuse. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 13(11), 2005-2014. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.02.022>
- Hwang, S.W. (2000). Mortality Among Men Using Homeless Shelters in Toronto, Ontario. *JAMA*, 283, 2152–2157. <https://doi.org/10.1001/jama.283.16.2152>
- Hwang, S.W., Wilkins, R., Tjepkema, M., O'Campo, P.J., i Dunn, J.R. (2009). Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ*, 339, b4036. <https://doi.org/10.1136/bmj.b4036>
- Ministerio de Sanidad Consumo. Secretaría General de Sanidad y Consumo. *Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis-C en el Sistema Nacional de Salud* 2018. <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/home.htm>
- Mohsenpour, A., Bozorgmehr, K., Rohleder, S., Stratil, J., i Costa, D. (2021). SARS-Cov-2 prevalence, transmission, health-related outcomes and control strategies in homeless shelters: Systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 38, 101032. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101032>
- Montauk, S.L. (2006). The homeless in America: adapting your practice. *Am Fam Physician*, 74(7), 1132-1138.
- Nilsson, S.F., Hjorthøj, C.R., Erlangsen, A., i Nordentoft, M. (2011). Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: A nationwide register-based cohort study. *Lancet*, 377, 2205–2214. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60747-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60747-2)

- Nusselder, W.J., Sloekers, M., Krol, L., Sloekers, C., Looman, C., i Van Beeck, E. (2013). Mortality and Life Expectancy in Homeless Men and Women in Rotterdam: 2001–2010. *PLoS ONE*, 8, e73979. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073979>
- Polcin, D.L. (2016). Co-occurring substance abuse and mental health problems among homeless persons: Suggestions for research and practice. *Journal of social distress and the homeless*, 25(1), 1-10. <https://doi.org/10.1179/1573658X15Y.0000000004>
- Schreiter, S., Bempohl, F., Krausz, M., Leucht, S., Rössler, W., Schouler-Ocak, M., i Gutwinski, S. (2017). The prevalence of mental illness in homeless people in Germany. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(40), 665–672. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0665>
- Smith-Palmer, J., Cerri, K., i Valentine, W. (2015). Achieving sustained virologic response in hepatitis C: a systematic review of the clinical, economic and quality of life benefits. *BMC Infect Dis*, 1, 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12879-015-0748-8>
- Termorshuizen, F., Van Bergen, A.P., Smit, R.B., Smeets, H., i Van Ameijden, E.J. (2014). Mortality and psychiatric disorders among public mental health care clients in Utrecht: A register-based cohort study. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 60, 426–435. <https://doi.org/10.1177/0020764013491942>
- Tsemberis, S., Gulcur, L., i Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651–656. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.651>
- WHO. (2002). *Innovative care for chronic conditions*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42500/WHO_NMC_CCH_02.01.pdf



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Edita: Universitat de Girona

Disseny i maquetació: info@clam.cat · 647 42 77 32

Dipòsit Legal: GI.904-2010

ISSN: 2013-9063



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010
ISSN: 2013-9063

Universitat
de Girona

Rives, C., García, M. (2022)
"Programa Carretera: recorregut històric i reptes pel futur"

Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades
Vol. 11. Núm. 1: 61-74

Correspondència

Clara Rives Roura
Adreça: Bruguera 170-174, 08370, Calella (Barcelona)
Correu electrònic: clararivesroua@gmail.com
Telèfon: 93 754 52 43

Programa Carretera: recorregut històric i reptes pel futur

Clara Rives¹

Marta García¹

Resum

El *Programa Carretera* té una llarga trajectòria en el món de l'atenció a persones que exerceixen la prostitució. En el present article, contextualitzarem la prostitució al llarg de la història i coneixerem els paràmetres legals en els que s'emmarca actualment. Igualment es presenta una descripció del programa en l'actualitat, a través del perfil de les persones que s'atenen, posant especial èmfasi en el treball en equip i en la metodologia d'intervenció des d'un abordatge integral. Finalment, es proposa conèixer els inicis i l'evolució del programa en els últims vint anys, arribant als reptes en els que s'està treballant actualment. A través d'un exemple pràctic com és aquest programa, es proposa descriure els canvis en les línies metodològiques i les adaptacions constants que s'han de portar a terme per tal de mantenir l'efectivitat dels programes.

Paraules clau: prostitució, immigració, intervenció socioeducativa, salut mental comunitària, apoderament

¹Educadora social, Programa Carretera, Comunitat Terapèutica del Maresme

Abstract

Programa Carretera has a long trajectory in the world of care for people who work as prostitutes. In this article, we will contextualize prostitution throughout history and learn about the legal parameters in which it is currently framed. It also presents a description of the program at present, through the profile of the people who are assisted, with special emphasis on teamwork and the methodology of intervention from a comprehensive approach. Finally, it is proposed to know the beginnings and the evolution of the program in the last twenty years, reaching the challenges in which it is currently working. Through a practical example such as this program, it is proposed to describe the changes in the methodological lines and the constant adaptations that have to be carried out in order to maintain the effectiveness of the programs.

Keywords: prostitution, immigration, socio-educational intervention, community approach, empowerment

1. Introducció

Si existís un *rècord Guinness* sobre debats sense resoldre a la nostra societat, se l'enduria de ben segur el debat de *la prostitució*. Fent un breu recorregut històric, fins l'època Medieval, la prostitució va ser tolerada. Amb l'arribada de Felip IV al poder, al 1623, es van tancar les llavors anomenades mancebies mitjançant un decret llei, deixant però, la possibilitat a les dones que exercien la prostitució de continuar fent-ho al carrer. A mitjans del segle XIX, durant el regnat d'Isabel II, s'inicien una sèrie de regulacions a ciutats com Saragossa (1845) i Madrid (1847) i fins i tot al 1848 s'estableixen modificacions en Codi Penal. La motivació principal de l'època era censar a les dones que exercien la prostitució i sobretot frenar les infeccions per transmissió sexual (Guereña, 1997).

Amb l'arribada de la II República, al 1935, es suprimeix la reglamentació de la prostitució, establint l'abolició d'aquesta per Decret Llei. El període abolicionista duraria ben poc, ja que amb l'arribada de la guerra civil espanyola, es va tolerar la prostitució i ja en plena dictadura franquista, al 1941 es va anular el decret de la II República. Aquest fet permetia al règim franquista controlar els prostíbuls de l'època i empresonar a totes aquelles dones que exercien la prostitució fora d'aquests espais. Al 1970, aprofitant una reforma de la *Ley de vagos y maleantes* del 1933, es va incloure la prostitució com a delictes en la *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social*. Aquesta, no va quedar derogada fins al 1995 (Guereña, 2004).

En les últimes dècades s'han escoltat diferents discursos polítics al voltant de la prostitució (legalització, abolicionisme, regulacionisme...), tot i que mai han acabat materialitzant-se en el codi penal (Guereña, 2005). En l'actualitat, aquest debat puja de nou al faristol del Congrés.

La prostitució a l'Estat Espanyol es troba actualment en una situació alegal. No existeix cap llei que reguli específicament el fenomen tot i que activitats relacionades amb aquest com el proxenetisme i la tracta d'éssers humans, sí que es contempen a l'article 187 del Codi Penal espanyol i es castiguen amb anys de presó. Igualment, existeixen lleis que protegeixen a les persones menors d'edat i amb discapacitat mental d'aquesta activitat. Des de l'any 2015 la Llei de Seguretat Ciutadana denuncia als clients que paguin per serveis

sexuals en “zones de trànsit públic” on hi puguin haver menors i quan hi hagi “risc per a la seguretat vial”. (BOE, 2015).

Més enllà de les lleis nacionals, cada vegada són més els ens locals que utilitzen les ordenances municipals per a sancionar la prostitució a la via pública.

No existeixen xifres oficials del nombre de persones que exerceixen la prostitució a l'Estat Espanyol. Tot i això, segons l'informe de Metges del món *La prostitución como violencia de género* publicat l'any 2020, aquell mateix any, l'estimació era de 350.000 dones, el 80% de les quals, estrangeres en situació irregular.

Una de les evidències que ens aporten les dades entorn al fenomen de la prostitució és la relació directa amb la feminització de la pobresa i la migració.

Així, l'objectiu del present article és descriure el Programa Carretera, un programa pioner a Catalunya que ofereix, des de fa més de 20 anys, atenció a persones que exerceixen la prostitució a les comarques del Maresme Nord i la Selva. Al llarg de la lectura es pretén per una banda, donar a conèixer els inicis i l'evolució del programa, i per altra, aportar el nombre i el perfil de les persones que s'atenen.

2. Mètode

Per la descripció dels inicis i l'evolució del Programa Carretera s'han fet servir les memòries anuals redactades des de l'any 1998.

La resta de dades exposades s'han extret de la base de dades del Programa Carretera (Programa Carretera, 2021).

2.1 Descripció del programa:

El Programa Carretera pertany a la Comunitat Terapèutica del Maresme (CTM) i atén a persones que exerceixen la prostitució a les comarques catalanes del Maresme i la Selva. Per les característiques de la zona sempre hi ha hagut un elevat nombre de persones

que exerceixen la prostitució. Són comarques formades per poblacions costaneres amb una elevada concentració turística en les quals conviuen clubs i pisos que romanen oberts durant tot l'any augmentant el número de dones que hi treballen en les èpoques estivals. Per altra banda, als municipis d'interior situats en un entorn rural, les dones acostumen a treballar en carreteres secundàries i camins. Per a poder arribar a aquesta població, invisibilitzada i estigmatitzada històricament, el programa, des dels seus inicis, basa la seva activitat en el propi medi de treball de les persones.

L'equip de Programa Carretera, format per dues educadores socials, treballa a partir d'un model d'atenció integral, en el qual se situa a la persona com a protagonista de la seva pròpia vida i tenint en compte el context en el què es troba. S'ofereix una atenció personalitzada, sense condicionaments, de forma consensuada i evitant caure en prejudicis. S'estableixen tres línies d'intervenció sistèmica: individual, col·lectiva i comunitària. La intervenció individual es basa en la creació de vincles sòlids, que permeten l'acompanyament en el dia a dia de les dones així com el poder oferir suport emocional en situacions de crisis i vulnerabilitat i acompanyar en el procés de coneixement i inclusió en la comunitat d'acollida.

La intervenció col·lectiva pretén generar espais de cohesió on es donin, per una banda, intercanvis de coneixements i habilitats que permetin a les dones desenvolupar estratègies pròpies i per una altra banda, promoure la sororitat entre elles.

En l'àmbit comunitari, més enllà d'un paper signat, quan s'estableix un conveni o una col·laboració amb un servei, és imprescindible que aquest conegui i comparteixi l'ideari del programa: perspectiva de gènere, interculturalitat i interseccionalitat. D'aquesta manera el treball en xarxa té una doble funció, vincular a les dones amb els serveis de la seva comunitat i fer un treball d'empatia i sensibilització amb aquests. En conclusió, es tracta de promoure la implicació social i política de les dones i dels serveis que les atenen.

No existeix un perfil determinat de persones treballadores del sexe. Tenen edats diferents, provenen de diferents cultures, parlen idiomes diferents i cada una d'elles té la seva història de vida. Tot i així, les usuàries del Programa Carretera són en la seva gran majoria dones (95'18%) que migren (95%) amb la finalitat última de superar situacions

d'exclusió socioeconòmica al seu país d'origen i millorar la seva qualitat de vida i sovint la de les seves famílies. Moltes pateixen o han patit en algun moment al llarg de la seva vida relacions de violència provenint algunes d'elles de xarxes de tràfic de persones (Programa Carretera, 2021).

Donat que la prostitució no es troba reconeguda legalment, moltes de les persones usuàries del programa no poden regularitzar la seva situació. Algunes d'elles, per esmenar aquest fet, decideixen arribar a acords que les evoquen a la dependència administrativa de terceres persones i les exposa encara més a patir violència masclista. Aquest fet, afegit a la estigmatització social a la que es veuen evocades, comporta una major exclusió social, una desigualtat en l'accés als drets universals i per tant, en gran part dels casos, la perpetuació de l'exercici de la prostitució.

A les taules 1 i 2 es poden consultar les dades de les persones ateses al programa des dels seus inicis i en l'actualitat.

Taula 1. Total persones ateses al programa carretera*

Any	1998	2002	2006	2010	2014	2018	2021	Total
n	178	656	506	389	454	335	276	8.887

*Dades extretes de les memòries anuals del Programa Carretera

Taula 2. Persones ateses durant l'any 2021 (Programa Carretera, 2021)

Gènere	Persones
Dones cisgènere	263
Dones transgènere	8
Homes cisgènere	3
Persones no binàries	2
Total	276

El Programa s'inicia l'any 1997 de la mà de la Unitat d'Atenció a les Toxicomanies (UAT) de Calella (en l'actualitat Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Alt Maresme) i s'emmarcava dins la política de Reducció de Danys de la mateixa unitat. Neix amb l'objectiu principal de reduir la transmissió del virus de la immundeficiència humana (VIH) i altres infeccions de transmissió sexual (ITS) entre les dones que exercien la prostitució i els seus clients a la zona de referència del servei. La hipòtesi plantejada l'any 1997 era que les dones que exercien la prostitució eren també en la seva majoria, usuàries de drogues per via parenteral. Aquesta idea es forma a partir de constatar que moltes de les dones usuàries de la UAT, exercien la prostitució per finançar-se el consum. Així doncs, l'equip decideix emprendre un nou projecte d'acostament al medi per arribar a aquelles dones que no accedien al servei.

En una primera diagnosi es fa palesa una realitat diferent de la esperada. La hipòtesi no s'acomplia. La majoria de dones que exercien la prostitució a la zona del Maresme eren migrants (90%) i no consumien drogues (Programa Carretera, 1997). Tot i així, es decideix mantenir el programa en el marc de la reducció de danys, considerant a les dones població de risc de contraure VIH i altres infeccions de transmissió sexual. La base metodològica dels Programes de Reducció de Danys és el "model d'acceptació", on es reconeix a la persona amb els mateixos drets que la resta de la població, a qui se li ofereixen serveis, sense exigències ni condicionaments previs, per promoure canvis que permetin millorar la seva qualitat de vida i disminuir els riscos associats a la conducta realitzada. En aquest context, el Programa Carretera inicia la seva activitat, des d'una metodologia d'apropament al medi amb l'objectiu de facilitar l'accés de les dones als serveis socials i sanitaris i intervé desenvolupant mesures preventives davant de conductes de risc relacionades amb la prostitució.

Després de vuit anys d'experiència, a l'any 2006 es planteja la necessitat de donar un nou enfocament al Programa Carretera. Aquest canvi s'orienta cap a un projecte amb una visió integral de la salut, que permeti que les dones comencin un procés encaminat cap a la seva autogestió, autonomia i socialització. Es pretén ampliar la metodologia d'intervenció, oferint un projecte d'atenció integral que tingui en compte a més de la prevenció de conductes de risc, factors determinants per a la presa de decisions i la responsabilitat cap a la pròpia salut (socials, psicològics, emocionals, familiars, de relació...) (Programa Carretera, 2006).

Per tal de continuar adequant el programa a la realitat, s'amplia la xarxa de serveis col·laboradors. Amb l'objectiu de que les persones ateses al programa puguin accedir a la sanitat pública, es crea a través de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i el CatSalut, el circuit PEEP-SAI, amb el qual es poden tramitar targetes sanitàries a aquelles persones que exerceixen la prostitució i que no tenen possibilitat d'estar empadronades i per tant, d'accedir a la salut.

A més, es crea un conveni amb el pla d'immigració intermunicipal per poder oferir assessorament en matèria d'estrangeria.

Moltes de les dones ateses patien no només agressions en el context de la prostitució, sinó que provenien de situacions d'explotació sexual, violència en la parella, matrimonis forçats... en conseqüència, es formalitzen les actuacions en relació a la violència creant un protocol d'actuació davant d'una situació d'explotació sexual o tràfic de dones i participant activament en taules de treball amb entitats i agents socials i polítics implicats en aquest àmbit.

En aquest context, s'inicien coordinacions amb els cossos i forces de seguretat de la zona i amb les entitats especialitzades en atendre a les dones víctimes de tracta.

L'any 2011 Programa Carretera passa a formar part de la Comunitat Terapèutica del Maresme, entitat proveïdora de serveis de salut mental del Maresme Nord. Aquest canvi aporta a l'ideari del programa carretera, el concepte de salut mental comunitària. Així doncs es consolida una línia metodològica basada en el respecte a les singularitats de les persones que s'atenen però també amb l'objectiu d'incidir en la dimensió comunitària des de la defensa dels drets universals, l'apoderament, la resiliència i la lluita contra l'estigma. Amb el pas dels anys, l'any 2019, aquesta mirada es materialitza amb la creació del Programa de Millora de la Ocupabilitat (PMO), en col·laboració amb la Fundació Privada Molí d'en Puigvert (entitat especialitzada en la inserció laboral de persones amb trastorn mental). És un servei pioner a les comarques de la zona d'intervenció de Programa Carretera. El PMO és una proposta per a l'apoderament com a alternativa a la victimització (taula 3). Més enllà de la formació i la inserció laboral, es tracta d'un acompanyament cap a la millora del benestar emocional, la superació de les violències i la inclusió a la societat d'acollida. L'abordatge comunitari permet treballar des de la continuïtat assistencial

i superar la fragmentació en les intervencions (taula 4). Tot plegat facilita l'arrelament i participació de les dones a la vida comunitària.

Taula 3. Total persones derivades al Programa de Millora de la Ocupabilitat.

Gènere	Persones
Dones cisgènere	47
Dones transgènere	5
Homes cisgènere	1
Total	53

Taula 4. Total de dones inserides

Gènere	Insercions
Dones cisgènere	17
Dones transgènere	2
Total	19

3. Discussió

Les persones usuàries haurien de ser les promotores dels projectes. L'experiència de programa carretera així ho confirma. Programa Carretera és un lloc per a l'autoconeixement, l'autoestima i la superació de violències. Els projectes s'han de construir a través de les demandes d'aquells i aquelles que els necessiten. Han d'estar en contant evolució i adaptació. El plantejament inicial en la creació del programa carretera anava dirigit exclusivament a la prevenció d'infeccions de transmissió sexual en el col·lectiu diana. Es va teixir una xarxa de recursos sanitaris destinats a col·laborar amb aquest objectiu i una vegada es va posar en marxa, les demandes de les usuàries van anar més enllà. Poc a poc les serologies es van convertir en analítiques generals, es va obrir un espai d'atenció ginecològica i van començar a sorgir noves necessitats no relacionades amb l'àmbit de la salut. Les dones del programa carretera compartien preocupacions més enllà de tot allò estrictament relacionat amb la prostitució, des de la necessitat d'accés a serveis socials fins a la regularització de la

seva documentació per a poder portar els seus fills, el sentiment de soledat en un país estrany... i Programa Carretera es va reformular, demostrant una gran capacitat d'adaptació fins a l'actualitat.

El programa en l'actualitat, és un servei de referència per a les persones que exerceixen la prostitució a la zona. La facilitat que en aquests moments es té per contactar amb persones noves és un dels indicadors que permeten fer aquesta afirmació. Sovint, són elles mateixes les que requereixen els serveis del programa en espais que es desconeixien i faciliten l'accés en aquests. En les primeres trobades, és habitual que les dones ja hagin sentit a parlar del programa per altres companyes i tot plegat afavoreix la creació del vincle i la relació de confiança. Un altre indicador és que més enllà dels convenis de col·laboració amb determinats serveis, existeix un reconeixement de la majoria de serveis comunitaris de la zona que contacten per assessorament i derivació de casos que ho requereixin. L'alta assistència als espais que s'han creat als centres de salut és un indicador més de l'èxit del Programa.

3.1 Conclusió

El treball en xarxa és imprescindible per trencar les barreres estructurals d'accés als serveis i flexibilitzar-los. La paradoxa és que la rigidesa del sistema acaba afectant a les persones que més el necessiten, aquella població oculta i en risc d'exclusió social. Així doncs, es necessari reforçar i optimitzar els sistemes de suport social, tant formals com informals del col·lectiu. Des d'un abordatge comunitari, es planteja mantenir i ampliar el treball de sensibilització i prevenció en dones que estan en risc de patir o han patit situacions de vulnerabilitat social, econòmica i violències. La transversalitat de gènere ha d'estar present en el disseny, l'execució i l'avaluació de totes les accions i noves línies d'intervenció que vindran en un futur vinguin del propi programa o d'altres serveis implicats.

3.2 Perspectives de futur

Cal posar especial èmfasi en la inclusió de les dones migrades trans i no binàries, que són un dels col·lectius més afectats per les taxes d'atur i més abocat als treballs submergits, estigmatitzats i precaris. Identificar els obstacles amb els que es troben les dones en

l'accessibilitat a recursos així com en el camp emocional, facilitarà l'acompanyament en la presa de decisions encaminades a millorar les seves condicions i projecte vital.

La prostitució es troba íntimament lligada a la migració. Així doncs en la vessant intercultural, explorar les causes migratòries, conèixer les particularitats culturals de les usuàries, fer de pont en el xoc cultural i adaptar la comunicació ens ajudarà a millorar les intervencions.

Tradicionalment, l'educació social es fa en equip. Gestionar les intervencions en el propi medi ja sigui, moments de crisi, cerca de recursos urgents, situacions de risc o simplement compartir la feina del dia a dia, requereix de treball en equip. Aquest treball compartit aporta riquesa i cura, permet perdre la por a la transformació i a revisar la pràctica diària. Donar valor a les pràctiques professionals en espais informals com el Programa Carretera pot influenciar en noves propostes d'intervenció en altres camps des d'aquest tipus d'abordatge.

4. Referències

- Guereña, J. L. (1997). Prostitution, the state, and society in Spain. The regulation of prostitution under the monarchy of Isabel II (1854-1868). *Asclepio revista de historia de la medicina y de la ciència*, 49, 101-132.
- Guereña, J. L. (2003). *La prostitución en la España contemporània*. Marcial Pons, Ediciones de Historia S. A.
- Guereña, J. L. (2004). *La prostitución en la España contemporánea*. Madrid: Marcial Pons, Ediciones de Historia S. A.
- BOE. (2015). Ley 4/2015, de 30 de marzo de 2015, de protección de la seguridad ciudadana. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/03/30/1>
- Programa Carretera. (1997). *Memòria*.
- Programa Carretera. (2001). *Memòria*.
- Programa Carretera. (2006). *Memòria*.
- Programa Carretera. (2021). *Memòria*.



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Edita: Universitat de Girona

Disseny i maquetació: info@clam.cat · 647 42 77 32

Dipòsit Legal: GI.904-2010

ISSN: 2013-9063



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010
ISSN: 2013-9063

Universitat
de Girona

Bou, T., Llinàs, È., Puig, M. (2022)
**"DIXIT, una experiència de gestió del coneixement en
l'àmbit dels serveis socials"**

Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades
Vol. 11. Núm. 1: 75-88

Correspondència

Èlia Llinàs Serradell

Adreça: Bernat Boades, 68, 17005 Girona

Telèfon: 661 06 89 84

Correu electrònic: eliallinas@gmail.com // dixit.girona@campusarnau.org



DIXIT, una experiència de gestió del coneixement en l'àmbit dels serveis socials

Tatiana Bou¹

Èlia Llinàs²

Marta Puig³

Resum

DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials és una iniciativa del Departament de Drets Socials que s'adreça principalment als i les professionals de l'àmbit dels serveis socials per promoure la gestió i la difusió del coneixement en aquest àmbit. Des de la seva creació, el 2008, s'ha erigit com un agent actiu en la dinamització del sistema dels serveis socials a Catalunya. Aquest article exposa l'origen, els objectius i els serveis de DIXIT i planteja quin són els principals reptes de futur.

Paraules clau: gestió del coneixement; biblioteca especialitzada; informació; serveis socials

¹Diplomada en Biblioteconomia i Documentació (UB), documentalista responsable de DIXIT Vic, Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya

²Llicenciada en Història (UdG), llicenciada en Documentació (UOC), documentalista responsable de DIXIT Girona, Fundació Campus Arnau d'Escala

³Diplomada en Biblioteconomia i Documentació (UB), documentalista coordinadora de DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials del Departament de Drets Socials

Resumen

DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials es una iniciativa del Departament de Drets Socials que se orienta principalmente a los y las profesionales del ámbito de los servicios sociales para promover la gestión y la difusión del conocimiento en este ámbito. Desde su creación, el 2008, se ha erigido como un agente activo en la dinamización del sistema de los servicios sociales en Catalunya. Este artículo expone el origen, los objetivos y los servicios de DIXIT y plantea cuáles son los principales retos de futuro.

Palabras clave: gestión del conocimiento; biblioteca especializada; información; servicios sociales

Abstract

DIXIT Social Services Documentation Center is an initiative of the Department of Social Rights that is aimed primarily at professionals in the field of social services to promote the management and dissemination of knowledge in this field. Since its creation in 2008, it has been established as an active agent in the revitalization of the social services system in Catalonia. This article outlines the origins, goals, and services of DIXIT and outlines its main challenges for the future.

Keywords: knowledge management; specialized library; information; social services

1. Introducció

DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials [DIXIT] és una iniciativa del Departament de Drets Socials que s'adreça als i les professionals de l'àmbit dels Serveis Socials per promoure la gestió i la difusió del coneixement en aquest àmbit, així com en el dels drets de ciutadania, la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a la dependència (DIXIT, 2022a).

DIXIT disposa d'un fons documental actualitzat que permet el desenvolupament de les tasques de recerca, investigació i docència. A més, organitza un cicle de conferències sobre temes vinculats als serveis socials.

El portal DIXIT ofereix informació actualitzada i recursos addicionals especialitzats en l'àmbit de Serveis Socials com ara notícies, convocatòries, formació, agenda d'activitats, vídeos, recomanacions, etc., i té presència a les xarxes de Twitter, Facebook, Instagram i YouTube.

A continuació detallem l'origen i evolució de DIXIT, els seus objectius, els principals serveis i recursos que ofereix així com els reptes de futur.

1.1 Origen de DIXIT

L'any 2008 l'antic Departament d'Acció Social i Ciutadania inaugura DIXIT, el qual va tenir el seu antecedent en l'antiga biblioteca del Departament iniciada l'any 1992, amb la missió de donar suport a les activitats pròpies del Departament i obrir-lo a professionals i estudiants vinculats a l'àmbit dels serveis socials. L'any següent es va sumar al projecte la versió virtual amb la posada en marxa del portal dixit.gencat.cat, que tenia com a punt de partida el desaparegut PortalSocial.

Entre l'any 2008 i el 2012, DIXIT es va trobar ubicat a la planta baixa de l'emblemàtic edifici Palau de Mar, la seu llavors del Departament d'Acció Social i Ciutadania. L'any 2013 el Departament i DIXIT es van traslladar a l'actual emplaçament, al Passeig de Taulat 266-270, al districte de Sant Martí de Barcelona.

1.2 Expansió del projecte al territori català

Pocs mesos més tard de l'inici del projecte, l'any 2009, s'inaugura la seu de DIXIT Girona fruit del conveni del Departament amb la Fundació Campus Arnau d'Escala, per a la creació d'un centre de documentació especialitzat en ètica aplicada a la intervenció social. L'any 2010 també es presenta la seu de DIXIT Vic, gestionada per la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya, centre especialitzat en atenció socio sanitària. Tots tres centres, sota el paraigua de la marca DIXIT, configuraren els inicis de la xarxa de centres de documentació i dinamització especialitzats en l'àmbit de serveis socials, formada per tres biblioteques dotades amb un fons documental actualitzat que permet el desenvolupament de les tasques de recerca, investigació i docència. Paral·lelament, els centres organitzen conferències i activitats diverses sobre temes vinculats als serveis socials.

Sis anys més tard, ja consolidada la xarxa de centres DIXIT, s'aposta per a l'expansió del projecte i el 2014 es presenta l'espai DIXIT Lleida i el 2015 l'espai DIXIT Tarragona.

Actualment DIXIT compta amb aquests cinc espais de lliure accés a Barcelona, Girona, Vic, Lleida i Tarragona, gestionats per un equip de professionals que, entre altres funcions, atenen, presencialment i telemàticament, les consultes i orienten les persones usuàries en la recerca d'informació.

1.3 Missió i objectius

La missió de DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials és promoure la gestió i la difusió del coneixement en l'àmbit dels serveis socials, així com en àmbits concommitants com són el sociolaboral, el socio sanitari, el socioeducatiu, etc., i dels drets de ciutadania.

Els objectius generals són potenciar la difusió, l'intercanvi d'experiències i de bones pràctiques i la generació de coneixement en l'àmbit dels serveis socials i en general dels drets socials; liderar la transmissió de coneixement i la igualtat d'oportunitats a tot el territori; promoure la creació d'una xarxa de professionals i afavorir canals de participació; i preservar i explotar el coneixement generat pel Departament de Drets Socials.

1.4 Principals actuacions a nivell documental

Des dels seus inicis DIXIT ha format part de la xarxa de les Biblioteques Especialitzades de la Generalitat de Catalunya (BEG). Aquesta xarxa es va iniciar l'any 1998 amb la creació del catàleg de biblioteques especialitzades de la Generalitat de Catalunya, i està formada pel conjunt de biblioteques especialitzades i centres de documentació de titularitat de l'administració de la Generalitat de Catalunya, on també s'hi inclouen biblioteques d'entitats diverses amb participació pública. Des de l'any 2016 també forma part del Catàleg Col·lectiu de les Universitats de Catalunya (CCUC).

L'equip DIXIT està format per un equip de professionals amb perfils multidisciplinaris que desenvolupen tasques relacionades amb la biblioteconomia, la documentació i la comunicació. Les actuacions principals a nivell documental que es porten a terme són les que s'especifiquen a continuació.

Fons documental

El fons bibliogràfic de DIXIT (DIXIT, 2021a) està format per més de 25.000 volums d'acord amb les línies d'especialització dels diferents centres, la tipologia i necessitats dels diversos perfils de persones usuàries. Està compost per obres de referència, manuals, guies i materials audiovisuals i multimèdia degudament seleccionats així com per tota la producció editorial del Departament de Drets Socials des de la seva creació fins a l'actualitat. També disposa de 250 publicacions periòdiques, literatura grisa, opuscles, fullets i butlletins d'entitats i associacions, provinents de compra, donatiu o intercanvi.

Tota la producció documental està degudament catalogada i indexada segons les pautes catalogàfiques establertes i està disponible al catàleg de les Biblioteques Especialitzades de la Generalitat de Catalunya (Biblioteques Especialitzades de la Generalitat, 2022) i al Catàleg Col·lectiu de les Universitats de Catalunya (Consorci de Serveis Universitaris de Catalunya, 2022).

Disponibilitat, consulta del fons i modalitats de préstec

Per tal de garantir la recuperació de la informació i la difusió del fons, DIXIT ofereix a les persones usuàries els mitjans i serveis per a la cerca d'informació i de documents de la xarxa de centres DIXIT, així com de la resta de biblioteques especialitzades de la Generalitat

i de les biblioteques de les universitats de Catalunya. Els mitjans dels què disposa són l'accés als catàlegs informatitzats BEG i CCUC, l'accés lliure al fons documental físic del centre, el servei de referència personalitzat que orienta i ajuda a les persones usuàries en la consulta del fons, la cerca, localització, selecció, identificació de les fonts d'informació i la informació final, el préstec personal i préstec interbibliotecari i la formació de persones usuàries, que ha de permetre que aquests guanyin autonomia en l'accés al fons i altres recursos de la xarxa DIXIT.

Amb relació al préstec interbibliotecari, les persones usuàries poden sol·licitar documents del catàleg BEG de manera gratuïta i recollir els materials al seu centre DIXIT de referència.

Elaboració de productes documentals

Entre els recursos que ofereix, DIXIT (DIXIT, 2021*b*) inclou dos tipus de productes documentals propis. Per una banda, els dossiers temàtics, amb una periodicitat mensual, que són una eina per aprofundir i ampliar informació sobre un tema determinat i estan especialment adreçats als i les professionals i estudiants del sector social. Aquests dossiers inclouen recursos, referències bibliogràfiques, normativa i enllaços d'interès sobre una temàtica concreta vinculada a l'àmbit d'afers socials.

Durant el període 2009-2022 se n'han publicat un total de 150 (DIXIT, 2022*b*). Alguns exemples de dossiers temàtics són: Bon ús de les pantalles (DIXIT, 2022*c*), Malaltia d'Alzheimer i demències neurodegeneratives (DIXIT, 2022*d*), Sexualitat en la discapacitat (DIXIT, 2021*c*), Recerca en l'àmbit dels Serveis Socials (DIXIT Vic, 2020).

Per l'altra banda, DIXIT també elabora una selecció de novetats mensual, amb una tria de les publicacions més destacades dels seus centres a Barcelona, Girona i Vic i una selecció dels últims números rebuts de les publicacions periòdiques disponibles.

Servei d'informació i referència

DIXIT ofereix a les persones usuàries atenció i suport personalitzat en l'ús dels seus recursos i serveis. Ho fa mitjançant informació i respostes individualitzades de manera presencial, telefònica o per correu electrònic a les peticions de consulta documentals i bibliogràfiques. Disposa d'un accés lliure al seu fons documental actualitzat, que permet el desenvolupament de les tasques de recerca, investigació i docència.

1.5 Portal DIXIT

DIXIT impulsa i manté actualitzat el portal virtual dixit.gencat.cat que vol ser una extensió virtual de l'activitat dels centres DIXIT i del seu fons bibliogràfic. El portal disposa de 3 versions multi-idioma en català, castellà i anglès.

El portal està estructurat a partir d'àmbits temàtics (Autonomia personal i atenció a la dependència; Gent gran; Discapacitat i Salut mental; Família, infància i adolescència; Immigració; Joventut; Dones; Inclusió social; Acció cívica, Tercer sector i Voluntariat; LGBTI; Serveis Socials; Habitatge), on es pot consultar el fons bibliogràfic disponible en línia i sol·licitar el préstec i consulta del fons físic.

Al mateix temps es pot accedir a informació especialitzada amb notícies, convocatòries, pàgines web d'interès, formacions i una àmplia agenda d'activitats organitzades per entitats socials i col·legis professionals del sector d'arreu de Catalunya. El portal també té disponibles en línia tots els productes documentals propis de DIXIT (dossiers temàtics i selecció de novetats), que disposen d'una edició en PDF accessible per a les persones amb alguna discapacitat visual.

El portal disposa de serveis i recursos afegits, com ara un servei RSS que permet un accés instantani als continguts cada vegada que s'actualitzen a partir d'un programa agregador de notícies, o l'espai DIXIT TV (DIXIT, 2022e), on es poden consultar els vídeos de les conferències que DIXIT organitza periòdicament convertint-se així en fonts d'informació per al coneixement de les diferents temàtiques abordades. També posa a disposició altres vídeos d'activitats que realitza el Departament.

Cal destacar també la secció del portal dedicada a l'ètica aplicada als serveis socials, on es recull l'activitat que du a terme el Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya, i ofereix informació, recursos i assessorament als professionals dels Espais de Reflexió Ètica en Serveis d'intervenció Social (ERESS) del sector⁴.

Durant el 2021, DIXIT va rebre més de 309.000 visites a les pàgines del seu portal (DIXIT, 2022f).

4. podeu consultar l'espai dedicat del Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya al següent enllaç: https://dixit.gencat.cat/ca/04recursos/09etica_aplicada_als_serveis_socials/

1.6 Activitats DIXIT de difusió i intercanvi del coneixement

DIXIT articula la difusió i intercanvi del coneixement a través de la programació anual d'un cicle d'activitats i conferències dels seus cinc centres sobre diferents temàtiques d'interès adreçades preferentment als i les professionals i estudiants de l'àmbit social, però obertes també a la participació de tothom que hi pugui estar interessat.

Aquestes conferències esdevenen un espai de relació i d'intercanvi de punts de vista on es comparteix l'experiència acumulada de professionals o organitzacions, alhora que es promou el debat i la reflexió sobre la pràctica professional a partir de la presentació d'iniciatives d'èxit i pràctiques innovadores.

Juntament amb els professionals de Serveis Socials, un col·lectiu que DIXIT té en compte de manera especial són els i les estudiants de formacions de l'àmbit social, tant de cicles formatius com de graus universitaris. Els centres DIXIT ofereixen cada curs visites guiades per donar a conèixer els serveis i recursos de DIXIT i permetre així que els i les estudiants puguin accedir al fons documental i a les activitats que s'organitzen.

Durant 2021 es van realitzar 53 activitats que van ser seguides en directe de forma presencial i virtual per 3.285 persones (DIXIT, 2022f).

1.7 Canals de comunicació

Des de DIXIT es promouen diversos serveis de comunicació adreçats als i les professionals dels serveis socials. DIXIT utilitza diferents canals de difusió i diverses modalitats de subscripció per informar de les activitats que organitza i dels productes documentals i informatius que elabora. Un dels més importants és el Butlletí DIXIT que s'envia cada quinze dies, amb novetats del sector, notícies, lectures recomanades i oferta d'activitats formatives i de divulgació. El butlletí disposa de tres versions idiomàtiques en català, castellà i anglès i compta amb més de 8.000 persones subscriptores.

Un altre canal d'informació destacat per als i les professionals que volen aprofundir o participar en la difusió de coneixement és el Club DIXIT, una llista de distribució on les persones subscriptores reben informació de primera mà a la seva bústia de correu elec-

trònic sobre conferències, productes documentals, novetats editorials i altres activitats de DIXIT. Actualment, el Club DIXIT té més de 3.000 persones subscriptores.

1.8 Xarxes socials

DIXIT també té una presència activa a les xarxes socials, complementant l'acció virtual del portal DIXIT, amb l'objectiu de facilitar la participació, ampliar els canals de comunicació i donar la màxima difusió als serveis, recursos i activitats recomanades. A dia d'avui, DIXIT disposa de perfils a Facebook, Twitter, Instagram i YouTube.

DIXIT també disposa d'un espai corporatiu a WordPress, el Blog DIXIT, un espai amb una tipologia variada d'entrades sobre recursos web, eines, serveis o publicacions. En format d'articles breus setmanals fa difusió de tota mena de projectes i iniciatives vinculats a l'àmbit dels serveis socials.

1.9 Col·laboració amb entitats

DIXIT ha construït des dels seus inicis una xarxa de col·laboració amb les diferents entitats i administracions per actuar com a agent dinamitzador i incidir en el creixement i la difusió del coneixement en l'àmbit dels serveis socials.

En aquest moment, DIXIT i el Departament de Drets Socials tenen establerts diversos convenis de col·laboració amb universitats catalanes, col·legis professionals i entitats socials que tenen per objecte promoure diferents iniciatives conjuntes de gestió i difusió del coneixement en l'àmbit de serveis socials, i en les que es posa especial interès a promoure l'extensió de les activitats arreu de tot el territori per garantir la igualtat d'accés a la informació.

Fruit d'aquestes col·laboracions, s'organitzen jornades, actes i col·loquis per donar a conèixer programes, iniciatives i bones pràctiques socials d'arreu del territori català. Algunes de les iniciatives en què DIXIT ha participat, entre moltes altres, són el Congrés Inclusió.cat, les jornades "Posem en joc l'educador", les jornades d'Ètica Aplicada que impulsa el Comitè d'Ètica dels Serveis Socials o el Concurs de relats Marià Casadevall.

2. Reptes de futur

Segons el darrer estudi analític d'usos i dades d'accés al portal dixit.gencat.cat, realitzat el mes de desembre de 2021 mitjançant l'eina Google Analytics (DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials, 2022f), s'ha produït un increment significatiu en els dos darrers anys dels accessos des de dispositius mòbils per part de les persones usuàries de DIXIT als nostres serveis en línia, que ja suposen un terç del tràfic total del portal. Segons aquest estudi, els accessos des de dispositius mòbils han augmentat fins a un 32,59%, mentre que l'accés des d'ordinadors, malgrat ser l'opció majoritària, ha disminuït fins al 67,41%. Pel que fa a la tipologia de dispositiu mòbil, el telèfon és l'opció preferida, amb un 30,53% del total d'accessos i l'accés des de tauletes només representa el 2,06% del total dels accessos.

Aquest canvi de tendència, amb l'avanç de la utilització del telèfon mòbil com a via d'accés, planteja el repte de futur per a DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials de millorar les versions responsives i adaptatives de totes les pàgines i recursos que oferim al portal. En tant que som un servei públic que ofereix el Departament de Drets Socials, caldrà garantir una plena accessibilitat en igualtat de condicions per part de totes les persones usuàries dels serveis digitals de DIXIT, independentment del canal triat per accedir-hi. En aquest sentit, DIXIT i el Departament de Drets Socials treballaran en la millora d'aquesta accessibilitat a partir dels Informes de Revisió de l'Accessibilitat (IRA) sobre accessibilitat dels llocs webs i aplicacions per a dispositius mòbils del sector públic que es coordinen des de l'Observatorio de Accesibilidad Web (Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, 2022).

A banda d'aquesta millora tècnica de l'accessibilitat, també caldrà estar atents a l'aparició de nous formats i canals de comunicació, i adaptar els diferents recursos que oferim, tant presencials com virtuals, a la nova realitat canviant. Pel que fa a la vessant documental, també caldrà continuar treballant en la recuperació i tractament de documents en nous formats, d'acord amb les pautes catalogràfiques establertes, i assegurar-ne l'accessibilitat i la preservació.

3. Referències

- Biblioteques Especialitzades de la Generalitat. (2022). *Catàleg*. <https://milleniumbeg.cultura.gencat.cat>
- Consorci de Serveis Universitaris de Catalunya. (2022). *Catàleg Col·lectiu de les Universitats de Catalunya*. <https://ccuc.csuc.cat>
- DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. (2021a). *Què és DIXIT*. https://dixit.gencat.cat/ca/01dixit/01que_es
- DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. (2021b). *Elaboració de productes documentals*. https://dixit.gencat.cat/ca/01dixit/02serveis/02productes_documentals
- DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. (2021c). *Sexualitat en la discapacitat*. https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/20210222_sexualitat_discapacitat
- DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. (2022a). *El més consultat*. Recuperat el 9 de juny de 2022 de <https://dixit.gencat.cat/ca/inici>
- DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. (2022b). *Dossiers temàtics*. Recuperat el 9 de juny de 2022 de https://dixit.gencat.cat/ca/04recursos/01dossiers_tematicos
- DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. (2022c). *Bon ús de les pantalles*. Recuperat el 9 de juny de 2022 de https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/bon_us_pantalles
- DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. (2022d). *Malaltia d'Alzheimer i demències neurodegeneratives*. Recuperat el 9 de juny de 2022 de https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/20220124_alzheimer_demencies_neurodegeneratives
- DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. (2022e). *DIXIT TV*. https://dixit.gencat.cat/ca/04recursos/03dixit_tv

DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. (2022f). *Principals indicadors de tot l'any 2021 relatiu a tots els serveis i la suma dels cinc centres*. Manuscrit inèdit, DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials, Barcelona.

DIXIT Vic Centre de Documentació de Serveis Socials. (2020). *Recerca en l'àmbit dels Serveis Socials*. https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/20200617_recerca_ambit_serveis_socials

Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. (2022). *Observatorio de Accesibilidad Web*. https://administracionelectronica.gob.es/pae_Home/pae_Estrategias/pae_Accesibilidad/pae_Observatorio_de_Accesibilidad.html



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Edita: Universitat de Girona

Disseny i maquetació: info@clam.cat · 647 42 77 32

Dipòsit Legal: GI.904-2010

ISSN: 2013-9063